

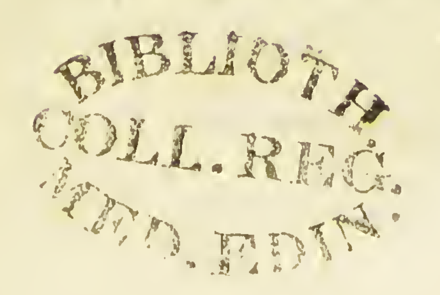

LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH

TRAITÉ

DES

MALADIES DU CERVEAU

ET DE SES MEMBRANES.



OUVRAGES DU MÊME AUTEUR,

QUI SE TROUVENT CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES :

Manuel d'Anatomie descriptive, ou Description succincte de tous les organes de l'homme; 1 vol. in-18, Paris, 1824, (2e édition.)

Nouvelle Doctrine des Maladies mentales; in-8°. Paris, 1825.

Recherches sur l'Arachnitis chronique, la Gastrite et la Gastro-Entérite chroniques, et la Goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale. in-4°. Paris, 1822.

Mémoire sur l'existence de la paralysie du même côté que la lésion cérébrale qui l'occasione. Brochure in-8°. Paris, 1824.

Mémoire sur la Goutte anomale. Brochure in-8°. Paris, 1824.

Mémoire sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. Brochure in-8°. Paris, 1824.

Mémoire sur les Hallucinations des sens. Brochure in-8°. Paris, 1825.

Mémoire sur la Fièvre putride. Brochure in-8°. Paris, 1826.

An Herpetis curatio specifica? Dissert. ad agreg.; in-4°. Parisiis. 1823.

SOUS PRESSE :

Manuel d'Anatomie générale, ou Description succincte des tissus primitifs et des systèmes qui composent les organes de l'homme; par A. L. J. Bayle et H. Hollard, DD. MM. PP.

TRAITÉ

DES

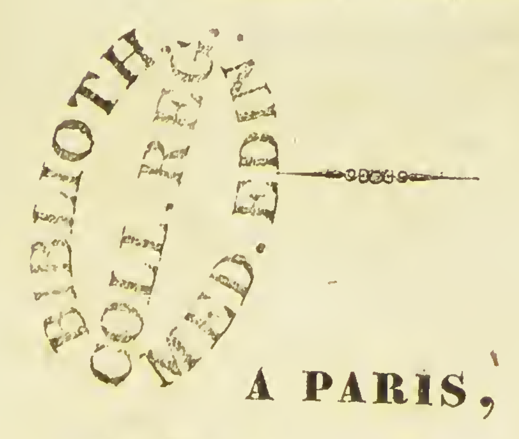
MALADIES DU CERVEAU

ET DE SES MEMBRANES;

PAR A. L. J. BAYLE,

DOCTEUR EN MÉDECINE ET SOUS-BIBLIOTHÉCAIRE DE LA FACULTÉ DE PARIS,
MÉDECIN DES DISPENSAIRES DE LA SOCIÉTÉ PHILANTHROPIQUE,
EX-MÉDECIN INTERNE A LA MAISON ROYALE DES ALIÉNÉS DE CHARENTON,
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS,
MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES.

Maladies Mentales.



A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE LIBRAIRES,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MEDECINE;
ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1826.

A LA MÉMOIRE

DE M. ROYER-COLLARD,

MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON ROYALE DE CHARENTON,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

MÉDECIN DU ROI PAR QUARTIER,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

ANCIEN INSPECTEUR-GÉNÉRAL DE L'UNIVERSITÉ DE FRANCE,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR; ETC.

BAYLE.

AVANT-PROPOS.

Ce volume du *Traité des Maladies du Cerveau* est le fruit de plusieurs années de séjour que j'ai fait, en qualité d'élève interne, dans la Maison royale de Charenton, un des plus beaux et des plus utiles établissemens destinés au traitement des aliénés, et dans lequel tout se trouve réuni pour rendre cette maison une mine féconde d'observation pour les médecins qui se livrent à l'étude des maladies mentales.

Composé d'aliénés des deux sexes appartenant la plupart à des familles riches ou aisées, et dirigé par un chef habile, qui, aux connaissances administratives, réunit une bonté et une bienveillance inaltérables, bien nécessaires dans un asile où se trouvent les victimes de tous les malheurs, cet établissement l'emporte sur les deux hospices du même genre de Paris, principalement par les moyens qu'il fournit d'observer com-

parativement l'aliénation chez les hommes et chez les femmes et par les renseignemens précieux qu'on obtient sur les circonstances antérieures des malades, de la part de leurs parens, qui sont interrogés à cet égard par un élève interne, spécialement chargé de cette fonction par le réglement. Il n'en est pas de même à Bicêtre et à la Salpétrière, où beaucoup d'aliénés sont délaissés de leurs parens et souvent conduits par la police, qui ne peut fournir sur leur famille et leur maladie aucune espèce d'éclaircissement.

Les établissemens particuliers jouiraient, sous ce rapport, des mêmes avantages que Charenton, si, d'un côté, ils pouvaient contenir un assez grand nombre de malades, afin qu'on pût observer toutes les nuances des maladies mentales, et si, de l'autre, la plupart des propriétaires des ces maisons, dans la vue de diminuer la mortalité des aliénés dans leur établissement, n'avaient l'habitude d'en faire sortir les malades lorsqu'ils prévoient que leur mort n'est pas éloignée. Ces deux inconvéniens rendent ces maisons presque nulles pour l'intérêt de la science;

mais ils servent, le dernier surtout, à augmenter les avantages de la maison royale de Charenton, en faisant affluer un plus grand nombre de malades dans son sein, et en donnant l'occasion de faire un plus grand nombre d'ouvertures de cadavres.

Persuadé, malgré l'opinion contraire de quelques médecins célèbres, que l'anatomie pathologique doit nous fournir les matériaux principaux pour la solution du problème de la nature des maladies mentales, j'ai dû mettre le plus grand soin aux autopsies des aliénés qui ont succombé. Je les ai toutes faites moi-même concurremment avec M. Govin, élève interne, pendant les deux ou trois premières années de mon séjour à Charenton, et, plus tard, avec mon ami M. le docteur Roberts-Roche, dont je devais bientôt après avoir à déplorer la mort prématurée.

On trouvera peut-être que j'ai inséré dans ce volume un nombre trop considérable d'observations, et que ces observations sont elles-mêmes trop longues et trop détaillées. Je répondrai que cet inconvénient, si c'en est un, est inévitable toutes les fois qu'on

a un point nouveau à établir, surtout quand il s'agit de faire connaître une maladie extrêmement complexe par ses causes et ses symptômes, et dont la nature avait été jusqu'alors enveloppée des plus épaisses ténèbres. Si le choix des faits que renferme cet ouvrage n'est pas à l'abri de la critique, ce dont je suis loin d'avoir la prétention, j'espère qu'on ne lui fera point le reproche d'inexactitude. Qu'il me serait doux, dans cette occasion, de pouvoir invoquer le témoignage du médecin célèbre à la bienveillance duquel j'ai dû l'avantage de pouvoir observer les faits que j'offre aujourd'hui au Public, et de payer à sa personne le tribut de reconnaissance qui, hélas! ne peut plus s'adresser qu'à sa mémoire! Le souvenir de M. Royer-Collard vivra long-temps : on se rappellera cette variété de connaissances qui le rendait propre à toute sorte d'objets, cette force de logique, cette lucidité dans les idées, cette clarté dans les raisonnemens, cette élégance de style, qui le plaçaient au premier rang des écrivains en médecine ; ce talent administratif qui l'avait rendu si utile dans les

fonctions publiques dont il était revêtu. On n'oubliera pas surtout la bienveillance de son caractère, l'élévation et la dignité de ses idées, et cette philosophie vraiment digne de ce nom, qui voyait dans l'homme autre chose que des organes en mouvement, et dans la pensée, autre chose qu'une action organique ou une sécrétion. Idéologue profond et médecin versé dans toutes les branches de la médecine, particulièrement dans les maladies mentales, M. Royer-Collard possédait plus de données que beaucoup d'autres pour la solution du grand problème des rapports du physique et du moral, sur lequel il dirigeait depuis long-temps ses méditations et ses veilles. Ces connaissances, réunies aux qualités qui le distinguaient, le rendaient précieux à l'établissement dont la direction médicale lui était confiée. M. Royer-Collard a été dignement remplacé par le successeur du célèbre Pinel, M. le docteur Esquirol, à qui nous devons la plupart des travaux importans qui ont été publiés en France sur la folie, depuis le *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*.

Je citerai encore comme témoins des faits

que renferme cet ouvrage, un praticien dont j'ai eu bien souvent occasion de remarquer la sagacité dans le diagnostic et le traitement des maladies, M. le docteur Bleynie, médecin-adjoint de la maison royale de Charenton, ainsi que M. le docteur Ramon, surveillant général.

Je ne finirai pas sans témoigner au respectable directeur de cet établissement, M. de Rhoulac-Dumaupas, toute ma reconnaissance pour les bontés qu'il a eues pour moi pendant mon séjour à Charenton, et pour les facilités qu'il m'a procurées dans l'étude des maladies mentales.

INTRODUCTION.

La pathologie du cerveau, restée bien loin de celle des viscères thoraciques et abdominaux, malgré les travaux de Wepfer, Lancisi, Brunner, Baglivi, Bonet, Morgagni, Schenk, Quin, etc., a fait depuis quelques années des progrès qui doivent nous faire espérer de la voir bientôt au premier rang des connaissances positives. C'est surtout aux ouvrages de MM. Lallemand, Martinet et Parent, Rostan, Rochoux, Coindet, Sutton, Serres, Bouillaud, etc. que la science est redevable des lumières répandues, dans ces derniers temps, sur les maladies de l'encéphale. Parmi ces maladies, quelques-unes, les aliénations mentales en particulier, sont encore environnées des plus épaisses ténèbres.

Les écrits, il est vrai, de MM. Pinel et Esquirol en France; de Crichton, Arnold, Perfect, Hallaran, Cox, Haslam en Angleterre; de Reil, Heidsik, Greding en Allemagne; de Chiarugi en Italie, de Rush en Amérique, ne laissent rien à désirer sous le rapport de la description de leurs symptômes. Mais la plupart de ces auteurs, découragés sans doute par les théories erronées des Anciens, qui avaient singulièrement exercé leur imagination sur ces affec-

tions, ne se sont point occupés de l'importante question de leur nature et de leur siége, en sorte que jusqu'aujourd'hui ce sont, comme le dit M. Georget, les symptômes qui constituent la maladie, au lieu du trouble organique qui leur donne naissance.

Persuadé que la question des causes prochaines des maladies mentales, c'est-à-dire des lésions primitives des organes dont elles dépendent, est à-la-fois et la plus importante et la plus utile, soit sous le rapport de la thérapeutique, soit sous celui de la pathologie, j'en ai fait l'objet spécial de mes recherches. Avant d'exposer les résultats auxquels elles m'ont conduit, je ferai connaître en peu de mots les diverses opinions émises sur la nature de l'aliénation.

L'intelligence et la raison de l'homme sont si fragiles, et les causes qui peuvent leur porter atteinte si nombreuses, qu'il n'est pas étonnant que l'aliénation mentale se soit montrée dans tous les temps et dans tous les pays, et que son origine soit en quelque sorte aussi ancienne que l'espèce humaine. L'histoire des peuples les plus reculés nous fournit beaucoup d'exemples de cette funeste maladie, qui se mêlait souvent à leur mythologie, à cause des phénomènes singuliers, ou même extraordinaires, qu'elle présente souvent dans son cours.

Une maladie qui prive l'homme de ses plus nobles prérogatives, qui le rend si souvent nuisible à ses semblables et à lui-même, et par conséquent incapable de vivre en société, devait de tout temps de-

venir un objet d'attention et d'étude pour les médecins. Aussi les auteurs les plus anciens se sont-ils occupés de cette maladie, dont ils ont cherché à déterminer la nature ou les causes prochaines. Avant Hippocrate on attribuait généralement l'aliénation à la présence de quelque esprit malin, qui maîtrisait la personne qui en était atteinte, et la faisait délirer. Mais l'école de Cos, et en particulier Démocrite d'Abdère, qui fut le maître du père de la médecine, regardant la folie comme une maladie naturelle, n'admirent aussi que des causes naturelles, qui étaient la bile noire, un sang brûlé, une pituite visqueuse qui obstruait le cerveau.

Telle est aussi l'opinion qu'adopta Hippocrate. « Ceux, dit-il (in lib. *de Insaniâ, de Morbo sacro, de Insomniis, etc.*), qui deviennent fous à cause de la pituite, ne font aucun tumulte et ne vocifèrent point; ceux qui le sont par la bile sont portés à frapper, à mal faire, et ne peuvent rester tranquilles. La bile est portée au cerveau par les veines, et par elle le sang s'échauffe et devient brûlant. Si elle reprend la même voie pour s'en retourner, l'homme redevient tranquille. »

Quelques auteurs ne virent dans la folie que le résultat d'une obstruction des vaisseaux du cerveau par une matière subtile, qui, circulant avec le sang, parvenait jusqu'à cet organe et empêchait ce fluide d'y aborder en quantité suffisante. Arétée attribuait cette maladie à la rétention d'une humeur quelconque, sanguine, bilieuse ou séreuse.

Galien (*de Locis affect.*, lib. III) expliqua l'aliénation mentale de la manière suivante : il supposait que le cerveau était divisé en divers départemens, qu'il regardait comme étant chacun le siége d'une des opérations de l'entendement. Lorsque l'une des quatre humeurs, dans un état de froid ou de chaud, était portée vers un de ces départemens, il en dérangeait ou en détruisait les fonctions; de là les différentes espèces de délire.

Cette opinion, commentée par Alexandre de Tralles et Aëtius, adoptée et professée par les Arabes, passa, avec quelques modifications, dans les principales écoles de l'Europe, et en particulier dans celles de Montpellier et de Paris. Elle fut également admise par Rivière, Baillou, Etmuller, Sydenham, et enfin par Boerhaave et Van-Swieten, qui dissertèrent longuement sur les propriétés de l'atrabile et de la pituite visqueuse, ainsi que par Stoll, qui faisait de la bile la cause principale de la plupart des maladies.

Les médecins solidistes, tels que Frédéric Hoffmann, Baglivi, Willis, Gaubius, Haller, etc., suivirent une meilleure marche dans l'étude des maladies mentales, en recherchant dans le cerveau les causes de ces maladies; mais appuyés sur un petit nombre de faits, souvent très-incomplets, les explications qu'ils donnèrent sur leur nature ne sont pas plus satisfaisantes que celle des médecins humoristes.

Bonet, Morgagni, Meckel, éclairés par le flam-

beau de l'anatomie pathologique, examinèrent avec soin la tête d'un certain nombre d'individus qui avaient succombé dans un état d'aliénation mentale; ils attribuèrent le délire tantôt à une compression du cerveau par des tumeurs scrophuleuses et vénériennes, par des dilatations vasculaires, ou par des coups violens portés sur la tête; tantôt à un vice d'organisation du cerveau. Mais ces observateurs, d'ailleurs très-judicieux, tombèrent dans une erreur bien commune en médecine, qui est de généraliser ce qui n'est vrai qu'accidentellement ou seulement dans quelques cas particuliers. Relativement au sujet dont il est question, ils regardèrent comme causes prochaines de la folie, des altérations qui sont assez rares, et qui le plus souvent n'existent que comme complications de cette maladie.

Le dernier de ces auteurs, Meckel, trouva, à l'ouverture du cadavre de quinze aliénés, le cerveau généralement très-consistant, les méninges très-épaissies, et des amas de sérosité dans la pie-mère et les ventricules. Après avoir pesé le cerveau de tous ces sujets et celui d'autres individus qui avaient toujours joui de la raison, il établit que la folie dépend d'un dessèchement du cerveau et d'une diminution de sa pesanteur spécifique. Il pensait que ce prétendu dessèchement resserrait les canaux médullaires du cerveau et mettait obstacle ou entravait la circulation des esprits animaux, par laquelle, selon cet auteur, s'exécutaient les facultés intellectuelles et la volonté. Il ne fit, d'ailleurs, aucune attention aux

altérations des méninges, qui sont si marquées dans les observations que renferme son mémoire.

Vogel embrassa la théorie de Meckel. Chiarugi, partant de l'idée hypothétique que chaque partie du cerveau était douée d'un degré particulier de vitalité, différent de celui des autres parties, regardait la folie comme l'effet d'une augmentation ou ou d'une diminution de cette vitalité ; en un mot, d'un dérangement d'équilibre (*sbilancio*) de l'influence nerveuse cérébrale. La mollesse ou l'endurcissement de l'encéphale étaient, suivant cet auteur, les résultats de cette altération vitale. Cullen adopta, à peu de choses près, l'explication du médecin de Florence.

Je ne finirais point si je voulais faire connaître toutes les opinions qui ont été émises sur la nature des maladies mentales (1). Elles sont si vagues, si hypothétiques, si erronées, et souvent même si ridicules, qu'il serait inutile et fastidieux de s'occuper à les réfuter.

(1) Malgré l'obscurité qui règne encore sur les aliénations mentales, il n'est peut-être pas de maladies sur lesquelles on ait autant écrit. Si l'on voulait rassembler tout ce qui a été publié sur ce sujet, on formerait un recueil de plus de cent volumes. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur le catalogue suivant, qui embrasse les principaux auteurs qui s'en sont occupés. Ce sont Galien, Arétée, Celse, Alexandre de Tralles, Cœlius Aurélianus, Avicenne, Cardanus, Vasquez, Mercurialis, Marcellus Donatus, Bright, Heurnius, Erastus, Forestus, Hercules Saxonia, Burton, Ponce de Sainte-Croix, Plater, Rolfink, De la Mesnarderie, Zacutus Lusitanus, Fabrice de Hilden, Rivière, Schenk, Meckel, Bartholin, Wedelius, Sennert, Ab-Heers, Riedlin, Bellini, Schulz, Albert, Van Swieten, Arrigoni, Junker,

C'est sans doute ce défaut complet de résultats positifs, auquel ont abouti les travaux de tous les médecins qui se sont livrés à l'étude de la folie, qui aura empêché MM. Pinel et Esquirol de traiter des causes prochaines de cette maladie dans les précieux ouvrages qu'ils ont publiés sur ce sujet.

Ces savans auteurs se sont contentés en général « d'observer les phénomènes sans chercher à remonter à leur source, de décrire scrupuleusement les faits sans vouloir les rattacher à une cause productrice. » (Georget, *de la Folie*, pag. 69.) M. Pinel va même jusqu'à dire que « ce serait faire un mauvais choix, que de prendre l'aliénation mentale pour un objet particulier de ses recherches en se livrant à des discussions vagues sur le siége de l'entendement et la nature de ses lésions diverses; car rien n'est plus obscur et plus impénétrable. Mais si on se renferme dans de larges limites, qu'on s'en tienne à l'étude de ses caractères distinctifs, manifestés par des signes extérieurs, et qu'on n'adopte pour principe de traitement que des résultats d'une expérience éclairée, on rentre alors dans la marche qu'on doit suivre en général dans toutes les parties de l'histoire naturelle, et en procédant avec réserve

---

Batties, Monro, Locher, Lorry, Heidsik, Andry, Arnold, Dufour, Harper, Faulkner, Greding, Ferriar, Pargeter, Chiarugi, Willis, Masius, Langerman, Crichton, Perfect, Reil, Pinel, Hauffbauer, Cox, Esquirol, Dauker, Prost, J. Frank, Spurzheim, Gall, Winkelmann, Amar, Saunders-Hallaran, Black, Parkinson, Bryan Crowther, Haslam, Haindorf, Wahlstab, Hill, Tuke, Dubuisson, Rush, Matthey, Fodéré, Mayo, Marshall, Georget, Falret, etc., etc.

dans les cas douteux, on n'a plus à craindre de s'égarer. » (Pinel, *Traité de la Manie*, introduction de la première édition.)

Cependant, sans approfondir l'importante question de la nature de la folie, les auteurs que nous venons de citer ne laissent pas que d'émettre, en passant, une opinion à laquelle ils paraissent d'ailleurs attacher fort peu d'importance. Ils regardent cette maladie comme purement nerveuse et sans aucun vice organique de la substance du cerveau; mais ils diffèrent sur le siége qu'ils donnent à sa cause prochaine. Ainsi M. Esquirol pense que cette affection dépend souvent d'une lésion des forces vitales du cerveau, et quelquefois d'un trouble des foyers de sensibilité placés dans diverses régions du corps. Et M. Pinel avance « qu'il semble, en général, que le siége primitif de l'aliénation est dans la région de l'estomac et des intestins, et que c'est de ce centre que se propage, comme par une espèce d'irradiation, le trouble de l'entendement. » Mais ces deux auteurs s'accordent à penser que nous n'avons aucune donnée positive sur les conditions organiques ou matérielles du délire, et que les altérations organiques qu'on rencontre à l'ouverture du cadavre des aliénés sont des effets de la folie et n'apprennent rien relativement à sa cause prochaine et à son siége. (Dict. des Scienc. méd., art. *Délire* et *Démence*.)

M. Fodéré, après avoir avancé qu'il n'est rien que l'esprit humain n'ait imaginé pour parvenir à

trouver sa nature, et que tous ces travaux n'ont abouti à rien, attribue cette maladie à l'altération d'un principe de vie, résidant principalement dans le sang.

M. Prost, dans trois brochures intitulées *Coup d'œil sur la Folie*, regarde l'accumulation de la bile comme la cause la plus active de l'aliénation. Ce liquide agit en *communiquant au sang des fluides dépravés*, en irritant d'une manière immodérée la membrane muqueuse intestinale, qu'elle peut phlogoser et même excorier, et enfin en tourmentant les vers, qui, d'après cet auteur, existent très-souvent chez les aliénés. Cette opinion, uniquement fondée sur neuf faits vagues et incomplets, et opposée aux notions les plus positives que nous possédons sur la folie, n'a jamais obtenu le moindre crédit auprès des médecins qui se sont occupés de cette maladie.

M. J. Frank, rejetant toutes les hypothèses publiées sur sa nature, avoue que sa cause prochaine est extrêmement obscure. « Je prétends seulement, dit-il, que les aliénations mentales ne sont point des maladies entièrement différentes des autres affections cérébrales, comme le prouve leur fréquente origine de l'encéphalite (1) et de l'apoplexie, et leur complication avec l'épilepsie et la paralysie.

(1) Sous le nom d'encéphalite, Frank décrit en même temps l'inflammation aiguë des méninges et du cerveau. Or, je n'ai pas vu un seul cas où cette maladie soit passée à l'état chronique et ait donné lieu à la folie. MM. Martinet et Parent, et M. Montfalcon, révoquent

Un des derniers auteurs qui ait écrit sur la folie (M. Georget), pense que cette maladie est toujours une affection cérébrale idiopathique, *dont la nature est inconnue*, et dans laquelle les symptômes qui se manifestent dans différens organes de l'économie plus ou moins éloignés du cerveau, sont secondaires et sympathiques de l'altération de cet organe. Il croit, avec MM. Pinel et Esquirol et la plupart des auteurs, que les lésions organiques qu'on trouve dans le cerveau des aliénés sont l'effet et non la cause immédiate de l'aliénation.

Telle est aussi l'opinion que publia, en 1822, M. le docteur Falret, dans son *Traité de l'hypochondrie et du suicide*.

Dès l'année 1818, j'avais remarqué que les lésions des méninges étaient extrêmement fréquentes chez les aliénés, et observant bientôt après qu'il y avait un rapport constant et direct entre le degré de ces lésions et certaines espèces de délire, tandis que d'autres espèces d'aliénation moins nombreuses n'étaient accompagnées d'aucune altération des enveloppes du cerveau, j'en avais conclu que l'inflammation chronique des méninges devait jouer le principal rôle dans l'étiologie des maladies mentales. Continuant mes recherches dans le même sens, sur un grand nombre de malades, et comparant entre elles, à mesure que je les avais recueillies, les

même en doute l'existence de l'arachnitis chronique. Si elle existe, elle doit être excessivement rare.

histoires particulières de folie, je me confirmai chaque jour davantage dans ma première opinion.

En 1822, je fis, de ce point de doctrine, le sujet de ma dissertation inaugurale, dans laquelle je m'attachai à prouver, à l'aide d'un certain nombre de faits, 1°. que l'inflammation chronique des enveloppes du cerveau, qu'on n'avait point observée, et dont on niait même l'existence, était assez fréquente chez les aliénés, non pas comme terminaison de l'arachnitis aiguë, mais comme maladie spéciale et indépendante de toute autre; 2°. qu'elle donnait lieu constamment à une espèce particulière d'aliénation mentale. A la suite des observations que renfermait mon travail, je donnai, dans un résumé, une esquisse succincte des lésions et des symptômes qui caractérisent ce genre de délire.

En 1824, M. Falret annonça, dans une note de deux ou trois pages, insérée dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, que depuis quelque temps, à la suite de mûres réflexions, il avait changé d'opinion sur la nature des maladies mentales, et qu'il espérait prouver que les lésions méningiennes et cérébrales observées chez les aliénés, étaient suffisantes pour expliquer les symptômes de ces maladies. Je m'estimerais heureux si mes *Recherches* sur l'inflammation chronique des méninges, publiées en 1822, avaient pu contribuer à conduire M. Falret à une proposition moins étrangère à la véritable doctrine de l'aliénation que celle qu'il professait antérieurement. Au reste, cette proposition, énoncée en quelques mots,

est beaucoup trop générale. Elle est si vague, qu'elle ne peut être d'aucune valeur, n'indiquant point de quelle nature sont les lésions dont il est question. Elle n'est d'ailleurs encore aujourd'hui qu'une assertion sans preuve, puisque, depuis plusieurs années, l'auteur n'a pas encore mis au jour l'ouvrage où l'on devait en trouver les développemens.

Au commencement de 1825, des motifs particuliers me portèrent à publier les idées qui forment la base de la doctrine à laquelle mes observations m'avaient conduit sur la nature des maladies mentales. Ces idées sont les suivantes :

1°. La plupart des aliénations mentales sont le symptôme d'une phlegmasie chronique primitive des membranes du cerveau.

2°. Tantôt cette phlegmasie a son siége sur la surface externe ou libre de l'arachnoïde cérébrale, et sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère ; et tantôt elle commence par la pie-mère, qui s'injecte plus ou moins, et par la face interne ou adhérente de l'arachnoïde cérébrale, d'où elle peut s'étendre plus tard à sa face externe et quelquefois même à son feuillet arachnoïdien. Elle affecte presque toujours, dans ces deux cas, l'arachnoïde ventriculaire. Cette distinction, qui pourrait paraître subtile, est cependant de la plus haute importance. Nous verrons que ces deux espèces d'inflammation chronique des membranes encéphaliques ont des caractères anatomiques différens, des symptômes parfaitement distincts, et des signes auxquels il est im-

possible de les confondre. Je donne à la première le nom d'*arachnitis chronique* ou *latente*, parce qu'elle a principalement son siége dans l'arachnoïde, et à la seconde celui de *méningite chronique*, parce qu'elle affecte à-la-fois la pie-mère et l'arachnoïde (1).

3°. Quelques aliénations très-rares dépendent d'une irritation spécifique ou sympathique du cerveau.

4°. Un certain nombre de monomanies et de mélancolies tiennent primitivement à une lésion profonde et durable des affections morales (2), et à une erreur dominante, qui maîtrisent plus ou moins la volonté des malades, et deviennent ainsi la base du délire exclusif. Mais je suis loin de n'accorder au physique aucune influence dans le développement de ces espèces d'aliénation. Je ne parle ici que de leur origine, qui est purement mentale; mais nous verrons qu'il y a des prédispositions héréditaires et constitutionnelles, que ces espèces d'aliénation produisent sur le cerveau et ses dépendances certains effets qui, à leur tour, deviennent cause de certains symptômes, etc., et qu'ainsi il y a réaction

(1) Mon mémoire intitulé : *Nouvelle Doctrine des maladies mentales*, renferme une description succincte des lésions organiques et des symptômes de cette dernière espèce, ainsi que des propositions sur les rapports qui les unissent.

(2) Le mot de maladie de l'âme, dont je me suis servi dans mon mémoire cité plus haut, a été employé comme synonyme de lésion des affections morales. L'âme éprouve une sensation vive et profonde beaucoup plus forte que dans l'état ordinaire; cette sensation devient la source du délire partiel : voilà tout ce que j'ai voulu dire.

du moral sur le physique, et du physique sur le moral (1).

5°. L'idiotisme dépend ordinairement, comme l'ont prouvé les travaux de quelques médecins, mais surtout ceux de M. Esquirol, d'un vice inné dans la conformation ou l'organisation du cerveau.

On voit par-là que le point principal de cette doctrine (2) consiste dans l'idée d'attribuer la plupart des maladies mentales à l'inflammation chronique des méninges. C'est cette idée seule que je regarde comme entièrement neuve, et dont le développement embrassera le premier volume de cet ouvrage et une partie du second (3).

Je traiterai, dans ce volume, de l'*aliénation mentale avec paralysie incomplète par suite de méningite chronique.*

Méningite chronique.

L'aliénation mentale avec paralysie incomplète est assez fréquente. J'ai trouvé, d'après un relevé de près de quinze cents malades, que chez les

---

(1) Cette opinion n'a point de rapport avec celle de Beausobre, qui, à l'aide de raisonnemens uniquement tirés de l'idéologie et la psychologie, voulut placer dans l'âme la source de toutes les maladies mentales.

(2) Les idées que je viens d'indiquer ont éprouvé, de la part de quelques journaux de médecine, des critiques auxquelles je me propose de répondre lorsque ces recueils auront rendu compte de ce volume, dans lequel se trouvent les preuves des propositions que je n'avais fait qu'énoncer dans mon mémoire.

(3) Depuis la publication du mémoire cité, M. Royer-Collard m'avait assuré qu'il pensait depuis plusieurs années que l'aliénation avec paralysie dépendait d'une affection de l'arachnoïde.

hommes elle était dans la proportion d'un peu plus d'un cinquième, comparée aux autres aliénations, et d'un vingt-huitième chez les femmes.

Ce premier volume, consacré à cette espèce, est divisé en deux parties. La première renferme un recueil d'observations ou d'histoires particulières, suffisant pour faire connaître toutes les espèces, les variétés et les nuances que la méningite chronique est susceptible de présenter, tant sous le rapport des lésions organiques que sous celui des symptômes qui l'accompagnent. J'ai partagé tous ces faits en sept groupes ou séries.

Les observations de la première série nous offrent la maladie avec les altérations organiques, et les symptômes qui lui sont le plus ordinaires.

Celles de la seconde série sont remarquables par des épanchemens séreux très-abondans, et une paralysie incomplète très-considérable.

Les observations de la troisième nous présentent une complication de la méningite chronique, avec une encéphalite consécutive de la substance grise, dans une étendue plus ou moins considérable de la convexité et de la face interne des hémisphères, encéphalite accompagnée de phénomènes spasmodiques correspondans.

Les observations de la quatrième série se distinguent par l'existence d'une fausse membrane entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

Celles de la cinquième nous offrent une compli-

cation de l'inflammation des méninges avec différentes affections cérébrales.

Celles de la sixième sont des exemples de guérison ou d'amélioration de la maladie.

Enfin, les observations de la septième série sont des histoires particulières de méningite chronique, extraites de différens auteurs. Elles sont d'autant plus remarquables, que les auteurs à qui nous les devons ne faisant point d'attention aux lésions des membranes encéphaliques qu'ils avaient sous les yeux, ne leur accordaient aucune influence dans la production de l'aliénation mentale.

La seconde partie de cet ouvrage, destinée à la description de la méningite chronique, traite successivement de ses causes, de ses caractères anatomiques, de son histoire générale, de ses signes et de son traitement.

PRINCIPALES FAUTES À CORRIGER :

Page 1, *ligne dernière :* six, *lisez* sept.

Page 540, *au titre :* Explications, *lisez* Explication.

TRAITÉ
DES
MALADIES DU CERVEAU
ET DE SES MEMBRANES.

Première Partie.

OBSERVATIONS
OU
HISTOIRES PARTICULIÈRES DE MÉNINGITE CHRONIQUE.

Le tome premier de cet ouvrage, traitant d'une maladie qui avait échappé jusqu'à ce jour aux recherches des médecins, devra nécessairement renfermer un nombre suffisant d'observations, pour faire connaître toutes les variétés dont elle est susceptible. Mais on retirerait peu de fruit d'un grand nombre de faits, et la lecture en serait pénible et même fastidieuse, si nous n'avions soin de les rassembler avec ordre et de les distribuer d'une manière méthodique. C'est par ces motifs que nous partagerons les histoires particulières que contient cette Première Partie en six groupes

ou séries : chaque série renfermera les faits qui ont le plus d'analogie entre eux, soit par les lésions organiques, soit par les phénomènes qu'ils présentent. Nous procéderons, en général, des plus simples aux plus complexes ; et, pour prévenir autant qu'il est possible les efforts de mémoire qu'on est obligé de faire pour retenir les points de doctrine qu'ils renferment, nous placerons en tête de chaque série un résumé très-succinct des faits qui la composent, et en tête de chaque observation une analyse très-courte de cette observation.

PREMIÈRE SÉRIE.

Sommaire des Observations de la Première Série

1°. *Symptômes.* Au début et pendant la première période, monomanie ambitieuse avec diminution de l'intelligence, quelquefois avec calme, le plus souvent avec exaltation ou agitation ; embarras plus ou moins marqué de la prononciation et de la démarche. A la seconde période, quelquefois manie violente avec incohérence complète dans les propos et prédominance d'idées de richesse et de grandeur ; le plus souvent affaiblissement très-considérable des facultés intellectuelles, avec les mêmes idées dominantes, et une paralysie générale et incomplète plus grande, tantôt avec un état de tranquillité, tantôt avec des accès plus ou moins forts d'agitation ou même de fureur. Plus tard et dans la dernière période, démence complète, le plus souvent tranquille, avec des idées ambitieuses entièrement incohérentes ; prononciation très-difficile, démarche très-chancelante ou même impossible, excrétions involontaires.

2°. *Lésions organiques.* Sur la convexité et la face interne des hémisphères du cerveau, l'arachnoïde, épaissie à des degrés variés, beaucoup plus résistante que dans son état naturel, susceptible, dans quelques cas, de soutenir le poids de la masse encéphalique sans se rompre, ayant perdu une grande partie ou même la totalité de sa transparence, adhérente, dans un petit nombre de cas, ainsi que la pie-mère, à quelques points de la substance grise, entièrement saine sur la base du cerveau, le cervelet et la moelle épinière.

Dans les endroits où l'arachnoïde est altérée, la pie-mère plus ou moins rouge, injectée et infiltrée de sérosité; une quantité variée de ce fluide à la base du crâne; les ventricules latéraux contenant une quantité plus ou moins grande du même liquide. L'arachnoïde qui revêt ces cavités et les deux autres ventricules, épaissie et recouverte de granulations très-légères, ordinairement imperceptibles au toucher. Le cerveau sain, variant pour la consistance, quelquefois injecté.

Première Observation.

Attaque de congestion cérébrale; monomanie ambitieuse, paralysie générale et incomplète. Plus tard, augmentation de cette paralysie; démence avec idées ambitieuses. *Épaississement, opacité de l'arachnoïde de la convexité des hémisphères du cerveau et des ventricules; sérosité abondante à la base du crâne, dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules; pie-mère très-injectée.*

Claude-François L***, d'un tempérament assez robuste, âgé de quarante-huit ans, limonadier, avait fait beaucoup d'excès de boissons, et s'était livré d'une manière immodérée aux plaisirs vénériens. Il avait éprouvé des pertes qui lui avaient donné des chagrins très-vifs. Au mois d'avril 1818, il perd tout-à-coup la connaissance, qui revient peu de temps après. Cette attaque est suivie

d'une hémiplégie du côté droit, qui se dissipe peu-à-peu. Dès-lors, les facultés intellectuelles se dérangent; il survient un délire ambitieux qui domine sans cesse le malade, et qui augmente graduellement.

Dans le mois d'octobre, il est l'empereur Napoléon; il a des richesses immenses, quarante mille tonneaux remplis d'or; sur tout autre sujet, ses idées conservent une certaine cohérence. Le plus souvent calme, il est quelquefois très-agité, et même violent lorsqu'on le contrarie; il parle très-difficilement, et marche en chancelant; il ne dort pas, mange bien; les jambes sont légèrement œdématiées.

Le 27 octobre, il est conduit à la Maison Royale de Charenton. État de démence, idées ambitieuses dominantes, paralysie incomplète plus avancée.

Pendant les deux premiers mois, peu de changement dans son état. Le 4 janvier 1819, pâleur et flaccidité générales, sensations obtuses, nulle attention aux objets environnans, dont il ne s'occupe point. Il entend difficilement les questions qu'on lui fait; pour qu'il les comprenne et qu'il réponde, il faut les répéter plusieurs fois, et les lui présenter de diverses manières. Il ne conserve qu'un petit nombre d'idées ambitieuses incohérentes, qu'il exprime lorsqu'on lui parle, quelle que soit la demande qu'on lui fasse : il est empereur; ses deux fils sont empereurs et logent aux Tuileries; il a des millions et puis encore des millions; sa femme a trois croix d'honneur. Sur tout autre objet il est incapable d'associer les idées même les plus simples. Si on lui demande de quel pays il est empereur, il répond de Besançon, auquel il réunit l'Allemagne et la France.

Il peut à peine se soutenir sur ses jambes; il marche

lentement, chancelle à chaque pas qu'il fait, en traînant les pieds. Il est tranquille, apathique, silencieux, et reste ordinairement assis sur un fauteuil, sur lequel on l'attache pour l'empêcher de tomber; d'autres fois il se promène dans la cour ou le corridor. Par momens il parle à voix basse, et répète sans cesse les mots d'*empereur*, *millions*, *diamans*, etc. Sa voix est cassée, tremblante, sa prononciation très-difficile. Il lâche involontairement ses excrémens et ses urines. Il a bon appétit, demande souvent à manger, et est très-maigre.

Le 14 janvier, il ne peut plus se soutenir; la face est très-altérée, les facultés sont plus oblitérées; il a des excoriations sur diverses parties.

Le 30, débilité, maigreur, jambes œdématiées, silence continuel, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, à moins qu'elles ne soient relatives à son délire ambitieux. Dans ce cas, il dit seulement, *empereur*, *je suis empereur*.

Le 8 février, prostration morale et physique complète. Il ne peut proférer une seule parole, et ne fait aucun mouvement qui indique qu'il comprend les questions; la face est agitée de légers mouvemens convulsifs; les yeux sont fixes et inexpressifs. Toutes les parties qui sont exposées à une pression ou à un frottement un peu fort, telles que le sacrum, les trochanters, les coudes, etc., sont le siége d'excoriations livides et de plaies gangréneuses; le pouls est petit et lent. Ces symptômes augmentent. Le 9, agonie de quelques heures, et mort.

Ouverture du cadavre. — Cadavre extrêmement maigre, jambes et pieds infiltrés, escarres sur diverses parties du corps.

Crâne. Un peu de sérosité entre les deux feuillets de

l'arachnoïde; quatre à six onces du même liquide épanché à la base du crâne. Le feuillet arachnoïdien de la dure-mère très-injecté. Les deux hémisphères du cerveau adhérens dans la grande scissure. L'arachnoïde cérébrale de la base de l'encéphale, saine; celle de la convexité et de la face interne des hémisphères, opaque, blanchâtre en divers points, conservant en d'autres points une partie de sa transparence, épaissie, très-résistante et facile à détacher de la surface du cerveau, à laquelle elle est adhérente en quelques endroits très-peu étendus. La pie-mère très-rouge, injectée, et infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Les ventricules latéraux et le moyen, distendus par le même fluide : la membrane qui les tapisse, ainsi que le ventricule du cervelet, très-épaissie, pouvant être séparée de la surface cérébrale, parsemée de granulations sensibles au toucher, lesquelles la rendent rugueuse et chagrinée. La substance grise assez molle; la médullaire beaucoup plus ferme.

Thorax. Tous les organes pectoraux sains.

Cavité abdominale. La muqueuse gastrique, épaissie, rugueuse et criant sous l'instrument. Les autres organes sains.

Réflexions. Cette observation nous présente un appareil remarquable de symptômes, que nous regardons comme dépendant des lésions des méninges que l'on a trouvées à l'ouverture du cadavre : c'est ce que nous tâcherons de prouver en comparant les uns avec les autres. Je crois inutile de démontrer que l'opacité de l'arachnoïde, son épaississement, l'augmentation de sa résistance dans la région supérieure du cerveau, ainsi

que l'infiltration séreuse de la pie-mère et l'épanchement d'une grande quantité de sérosité, soit à la base du cerveau, soit dans ses cavités, sont les caractères anatomiques de la méningite chronique. C'est un fait que personne ne contestera, et que mettent hors de doute toutes les connaissances que l'on possède sur les phlegmasies chroniques des membranes séreuses, et, en particulier, de l'arachnoïde. Cela posé, voyons quelle a dû être l'action des altérations organiques de cette dernière membrane pour déterminer les phénomènes de la maladie.

1°. Au début, perte subite de connaissance, hémiplégie ; peu d'instans après, retour du sentiment et du mouvement du côté paralysé, mais embarras sensible dans tout le système musculaire : dès ce moment, trouble des facultés, monomanie ambitieuse. Une partie de ces symptômes appartient à l'apoplexie ; mais l'absence d'épanchement sanguin, de cavité ou de kyste dans les ventricules ou la substance du cerveau, montre qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie cérébrale. L'attaque dont a été frappé le malade était donc une congestion cérébrale, c'est-à-dire un raptus subit du sang dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau ; mais il existe ici un symptôme qu'on ne voit pas dans les simples congestions cérébrales, c'est le délire. J'attribue ce symptôme à l'injection de la pie-mère et à l'irritation de l'arachnoïde, qui irritent secondairement le cerveau ; car s'il

n'existe pas dans la congestion cérébrale, cette affection n'est pas non plus accompagnée d'altération de l'arachnoïde.

2°. A la seconde période, parole embarrassée; démarche chancelante; agitation de temps en temps, et quelquefois violence; facultés très-affaiblies; mêmes idées dominantes. Si l'on se rappelle que, dans les congestions simples, la paralysie diminue progressivement au lieu d'augmenter lorsqu'elle est convenablement traitée, on attribuera ces phénomènes à l'augmentation de la phlegmasie de l'arachnoïde et de l'exhalation séreuse, altérations qui agissent de deux manières sur le cerveau : 1°. en l'irritant; 2°. en le comprimant.

3°. A la dernière période, progression tremblante et presque impossible, paralysie des sphincters, démence complète avec affaiblissement de l'intelligence, qui est réduite à quelques idées dominantes et incohérentes; nulle agitation. Il arrive, à cette époque de la maladie, ce qui a lieu dans la plupart des phlegmasies chroniques des membranes séreuses. L'irritation dont s'était accompagnée la maladie, diminue; le tissu de l'arachnoïde demeure opaque et épaissi; il exhale une grande quantité de fluide séreux; le cerveau n'est plus excité, mais il est affaissé par l'abondante sérosité dans laquelle il est plongé. Les observations suivantes confirmeront ces idées, qu'on pourrait regarder comme trop hasardées dans cet endroit.

IIe. Observation.

Monomanie ambitieuse avec exaltation et embarras de la langue ; guérison. Six mois après, rechute ; retour du délire ambitieux et de la paralysie ; asphyxie par strangulation. *Méningite chronique* (1) *de la convexité des hémisphères et des ventricules, plus légère que dans l'observation précédente; injection de la pie-mère; anneau à cachet dans l'œsophage.*

Philippe Rheinard S***, brasseur, âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution replète, d'un tempérament sanguin, d'un caractère doux, bon et sensible, mais très-intéressé, né d'un père dont la tête avait été dérangée, faisait, depuis quelques années, un gain considérable dans son commerce, et éprouvait une joie extraordinaire de voir augmenter sa fortune, lorsqu'il fut pris, vers le commencement de septembre 1818, d'un délire monomaniaque, accompagné d'une grande exaltation. Il voulait faire le tour du monde; il allait envoyer au Grand Turc quarante-cinq femmes, sur chacune desquelles il gagnerait un million, etc. Il était dans un contentement continuel, et sans cesse dominé par ces idées; mais il pouvait parler d'autres objets, et il répondait le plus souvent assez juste aux questions qu'on lui faisait.

Il resta dans cet état jusques vers le milieu d'octobre époque où il devint très-calme. Il ne dormait pas plus de deux heures par nuit. On lui appliqua quinze sangsues à l'anus.

Le 21 octobre 1818, il fut conduit à la Maison Royale de Charenton dans le même état.

Dans le mois de novembre, la monomanie ambitieuse

(1) Dans les résumés de toutes les observations suivantes nous emploierons les mots de *Méningite chronique* pour indiquer l'épaississement, l'augmentation de consistance et l'opacité de l'arachnoïde.

était augmentée : il avait plusieurs millions de fortune; son commerce lui rendait des sommes immenses; il devait faire des entreprises magnifiques; son épouse était la plus belle femme du monde; il était le plus heureux des hommes, etc. En même temps il y avait une exaltation manifeste; le malade parlait beaucoup et à tout le monde de ses projets et de sa fortune, qui l'occupaient sans cesse. Cependant on pouvait le retirer de cet objet, et alors il parlait d'une manière assez raisonnable. Sa mémoire était très-affaiblie; il parlait lentement, et il éprouvait de la difficulté à prononcer certains mots. Deux applications de sangsues à l'anus produisirent une amélioration sensible.

Au commencement de décembre, le malade parlait beaucoup moins; le délire ambitieux était moins étendu; il ne se croyait plus ni aussi riche, ni aussi heureux. L'embarras de la langue avait disparu. Vers la fin du mois, les idées de richesses se dissipèrent et firent place à un état de raison et de calme. Il conserva un appétit vorace.

Le 11 janvier 1819, il fut rendu à sa famille parfaitement guéri. Peu de jours après, il tomba dans un état de misanthropie et d'apathie ; il était triste, nonchalant, dégoûté de toute occupation ; il se disait malade et se plaignait de douleurs tantôt à la tête, tantôt dans un bras, etc. Cet état dura jusques vers le mois de juillet, époque où il fut remplacé par une grande exaltation. Il parlait beaucoup, aimait à briller et à faire parler de lui. Il survint bientôt de la loquacité et un délire ambitieux.

Vers le milieu de décembre, l'agitation et le délire monomaniaque étaient considérables. Il avait la face rouge et animée; il parlait sans cesse de sa fortune et de son commerce; il croyait avoir la plus belle brasserie de l'univers, etc.

Le 31 décembre, il rentra à la Maison Royale de Charenton dans le même état, sans qu'on pût obtenir des renseignemens complets sur ce qui avait précédé depuis sa sortie. Il voulait faire des entreprises qui devaient lui rapporter des sommes immenses; il croyait avoir des millions, et se disait un des hommes les plus riches de la France, etc. Ces idées de fortune le dominaient sans cesse; cependant on pouvait le faire parler d'autres objets, et sa conversation était alors assez raisonnable. Il parlait beaucoup, et se mettait facilement en colère lorsqu'on le contrariait. Sa démarche était ferme et assurée; sa prononciation, sans être altérée d'une manière très-marquée, présentait une certaine lenteur. Il mangeait avec avidité et offrait tous les attributs extérieurs de la force et de l'embonpoint.

Le 21 janvier 1820, il se plaignit d'une douleur dans la gorge et d'une difficulté d'avaler, accompagnées de fréquence du pouls. (*Looch, tisane pectorale, diète.*)

Le 22, augmentation de la fièvre, langue très-blanche; anorexie; déglutition plus gênée; dyspnée. (*Vomitif.*)

Le 23 matin, douleur plus vive à la gorge, qui paraît rouge. (*Quinze sangsues au cou, gargarisme émollient.*) Le soir, à quatre heures, respiration très-difficile, face altérée, déglutition impossible. (*Vingt sangsues autour du cou; sinapismes aux pieds.*) A onze heures, face pâle, couverte d'une sueur froide; respiration sifflante extrêmement fréquente et difficile, accompagnée d'une dilatation peu considérable de la poitrine, dont les muscles se contractent fortement et comme d'une manière convulsive; déglutition s'opérant par petites gorgées avec un bruit particulier; pouls petit et extrêmement fréquent. A minuit, augmentation de tous les

symptômes ; suffocation imminente. D'après le danger de l'asphyxie on se décida à pratiquer l'opération de la laryngotomie. Au moment où la membrane crico-thyroïdienne allait être incisée, la respiration et l'action du cœur avaient cessé ; elles se rétablirent rapidement, après qu'on eut introduit dans le larynx, par la plaie, deux tuyaux de plume à écrire ; mais un mouvement violent d'inspiration fit refluer le sang dans la trachée : la dyspnée et la suffocation se renouvelèrent, la face se décomposa, et le malade succomba à trois heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Etat extérieur. Cadavre dans un état d'embonpoint musculaire et graisseux. Après avoir mis à découvert les ouvertures supérieures du larynx et du pharynx, nous trouvâmes un *anneau d'or à cachet ovale*, engagé dans la partie supérieure de l'œsophage, derrière la partie inférieure du cartilage cricoïde et les cerceaux supérieurs de la trachée-artère; qui étaient comprimés par le cachet, tandis que l'anneau, placé horizontalement, dilatait les parois de l'œsophage. Les parties en contact avec le corps étranger étaient en suppuration. La membrane muqueuse des bronches et de leurs tuyaux était couverte d'une couche de sang qui s'était écoulée dans l'opération.

Crâne. Les deux portions de l'arachnoïde qui recouvrent la face interne des hémisphères, étaient adhérentes près de la grande scissure. Il y avait beaucoup de sérosité épanchée à la base du crâne; il en sortait aussi de l'origine du canal vertébral. La surface externe de l'arachnoïde présentait sur la convexité des hémisphères un grand nombre de granulations très-ténues, imperceptibles au toucher. Sur la même partie de l'encéphale, cette membrane était épaissie, plus résistante que dans

son état naturel, blanchâtre en plusieurs points, et adhérente en plusieurs endroits, ainsi que la pie-mère, à la substance cérébrale. La pie-mère était très-rouge, très-injectée et infiltrée de sérosité.

L'arachnoïde ventriculaire était très-épaissie, résistante et recouverte de granulations ténues, surtout dans le quatrième ventricule. On voyait à la partie postérieure des plexus choroïdes, deux corps blanchâtres, du volume d'une noisette. Ces productions étrangères, fixées aux plexus, contenaient une petite quantité d'une matière liquide et blanchâtre, mêlée à des concrétions osséo-crétacées; leurs parois étaient blanchâtres, dures et comme fibreuses. Cerveau sain.

Tout était sain dans le thorax et l'abdomen.

Réflexions. Cette observation nous présente deux époques, l'une qui s'étend depuis la première invasion jusqu'à la guérison, et l'autre depuis le rechute jusqu'à la mort. Elles méritent chacune de fixer notre attention.

Au début, le malade ne fut pas atteint d'une congestion cérébrale subite, comme le précédent; mais il était né d'un père qui avait été aliéné, et il était d'un tempérament sanguin, d'une constitution replète, circonstances capables de déterminer une congestion lente. Le délire était exclusif, et consistait dans des idées extravagantes de grandeur et de richesse, qui dominaient sans cesse M. S***.; il disparut au bout de quatre mois, ainsi que les symptômes de paralysie générale et incomplète, après deux applications de sangsues à l'anus, qui, chaque fois, produisirent une

amélioration très-prompte. N'est-il pas probable, d'après ce fait, que le délire et la difficulté des mouvemens dépendaient surtout de la congestion sanguine de la pie-mère et d'une légère irritation de l'arachnoïde? La seconde époque de l'observation pourra confirmer cette explication.

Le malade, rentré dans sa famille, y resta six mois environ dans un état de tristesse et d'apathie. Il fut repris ensuite du même délire ambitieux, accompagné de beaucoup d'exaltation et d'une paralysie incomplète. Un mois après, il mourut d'asphyxie, occasionée par un anneau à cachet qu'il avait avalé dans la crainte qu'on ne voulût le lui voler.

L'ouverture du cadavre nous a présenté les lésions des méninges que nous regardons comme causes de ces phénomènes; savoir: une très-forte injection de la pie-mère, un épaississement assez considérable de l'arachnoïde, accompagné d'une diminution remarquable de transparence, d'un épanchement de sérosité, etc. Ces altérations, il est vrai, étaient beaucoup plus légères que dans l'observation précédente; mais on remarquera que le malade qui fait le sujet de ce dernier fait était parvenu au dernier degré de la maladie, tandis que M. S***. était encore dans la première période. Celui-ci était dans un état de monomanie ambitieuse, avec affaiblissement de l'intelligence; celui-là était dans un état de démence et de paralysie très-considérables. Les alté-

rations organiques devaient être dans les mêmes rapports relativement à leur intensité. Quant à l'adhérence des méninges à plusieurs points du cerveau, le défaut de renseignemens sur les symptômes qui avaient précédé la seconde entrée, nous empêche de nous en occuper.

IIIe. Observation.

Attaque de congestion cérébrale, suivie d'un délire ambitieux et d'une paralysie incomplète; amélioration. Plus tard, démence avec idées ambitieuses; démarche très-chancelante; attaques avec mouvemens convulsifs; plusieurs saignées; mort. *Méningite chronique de la convexité des hémisphères et des ventricules; sérosité très-abondante dans ces cavités et dans le tissu de la pie-mère.*

Pierre Rebour, fontainier, âgé de cinquante-six ans, d'une constitution sanguine et robuste, issu d'une famille saine, avait fait quelques excès de boissons. Vers la fin de 1819, il eut une attaque d'apoplexie, qui fut suivie d'un délire complet. Celui-ci, qui survint vers le milieu de décembre, consistait en une monomanie ambitieuse semi-paralytique : le malade se croyait roi; il possédait des milliards, voulait faire bâtir des palais et des villes, etc. Il parlait beaucoup, et se mettait en fureur à la moindre contrariété; sa langue était embarrassée et ses jambes faibles et vacillantes. On lui appliqua onze sangsues à l'anus, et on lui prescrivit des pédiluves sinapisés, des potions antispasmodiques et une infusion de tilleul.

Le 16 janvier, il entra à la Maison Royale de Charenton, dans le même état, qui offrit peu de changement pendant les deux premiers mois environ. Le délire di-

minua ensuite d'une manière notable, après deux applications de sangsues à l'anus; mais la paralysie incomplète persista: peu de temps après, toutes les idées ambitieuses se dissipèrent; le malade reconnaissait qu'il avait été aliéné; il désirait rentrer dans sa famille et reprendre ses occupations. Il marchait et parlait beaucoup plus facilement; mais ses facultés étaient faibles. Il était depuis deux mois environ dans un état de convalescence, et attendait avec beaucoup d'impatience et de joie, tout à-la-fois, que ses parens vinssent le retirer, lorsqu'il retomba dans un état de monomanie ambitieuse. La paralysie incomplète, qui n'avait jamais cessé complètement, augmenta d'une manière notable.

Au mois de novembre 1821, le délire ambitieux devint plus étendu: Rebour avait deux cents jardins de deux cent mille francs chacun; il était amiral, généralissime des armées; le Saint-Esprit était son parrain, etc. Il était habituellement calme, et ne parlait que lorsqu'on l'interrogeait. Il marchait en traînant les jambes, le corps penché en avant et un peu incliné à gauche; sa prononciation était très-embarrassée.

Depuis cette époque jusqu'au mois de mai 1822, démence complète; mêmes idées ambitieuses, mais plus incohérentes et plus bornées; démarche très-chancelante; parole bégayée; écoulement involontaire des urines et des excrémens. (On remplace les habits du malade par une blouse, et on le laisse habituellement fixé sur un fauteuil en forme de chaise percée.) Même état jusqu'au mois de juillet.

Le 16 juillet, perte subite de connaissance; mouvemens convulsifs épileptiformes de tout le corps. (*Saignée de la jugulaire de cinq palettes environ.*) Ces

mouvemens convulsifs durent demi-heure environ, et sont remplacés par des secousses de la tête, du tronc et des membres, lesquelles agitent ces parties sans les élever.

Le 17, même état; yeux ouverts; point de réponse aux questions qu'on lui fait; il paraît revenir un peu à lui pour retomber ensuite. (*Deuxième saignée.*)

Le 18, face, mains et avant-bras rouges et gonflés; yeux grandement ouverts et dirigés convulsivement à droite; continuation des secousses spasmodiques de tout le corps, qui sont instantanées, reviennent toutes les quatre ou cinq secondes, sont plus fortes à gauche qu'à droite, mais ne vont pas jusqu'à produire la locomotion des membres; coucher en supination; nul mouvement volontaire; nul signe de sensibilité lorsqu'on pince le malade; aphonie; occlusion des paupières lorsqu'on touche le globe des yeux; pouls fréquent et plein; respiration un peu embarrassée. (*Saignée de l'artère temporale; vésicatoire.*)

Le 19, face très-rouge; rougeur du cou et de la partie supérieure de la poitrine; mouvemens convulsifs de tous les muscles de la face, des membres gauches et de la moitié gauche du thorax et de l'abdomen; côté droit du tronc et membres droits immobiles. D'ailleurs continuation des autres symptômes. (*Saignée de la jugulaire.*)

Le 20, nouvelle attaque, dans laquelle tout le côté gauche du corps est agité de mouvemens convulsifs violens et de secousses très-fortes, qui durent un quart-d'heure environ.

Le 21, augmentation de tous les symptômes; face, cou et membres d'un rouge brunâtre; bouche entr'ouverte; mêmes convulsions du côté gauche; même insen-

sibilité ; respiration haute, fréquente et stertoreuse. Le soir, sueur abondante et générale. Le 22, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Embonpoint graisseux et musculaire général. Le cou offre une couleur verte presque dans toute son étendue; la face, mais surtout le cuir chevelu, sont dans un état de putréfaction très-étendue; ils sont verdâtres, exhalent une odeur très-fétide et se déchirent avec facilité (1). La poitrine, l'abdomen et les membres ne présentent aucune trace de cet état.

Crâne. Une demi-cuillerée environ de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Le cerveau enlevé, toute sa région supérieure offre un aspect gélatineux qui diminue à mesure que la sérosité infiltrée dans la pie-mère s'écoule.

L'arachnoïde cérébrale qui recouvre la face interne des hémisphères et leur convexité, est épaissie d'une manière très-marquée plus à droite qu'à gauche, et soulevée par la sérosité; elle s'enlève assez facilement et se déchire sans efforts ; sa consistance paraît peu augmentée. Sous cette membrane la pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité limpide qui s'écoule de toutes parts. Les vaisseaux encéphaliques sont injectés. Les ventricules latéraux sont pleins de sérosité; leur surface est couverte dans toute son étendue d'une multitude

(1) Nous croyons devoir noter cette circonstance, parce que nulle autre partie du corps n'offrait de tendance à la corruption, pas même l'abdomen, par où elle commence ordinairement ; ce qui nous porte à penser que la rougeur très-vive que présentaient, dans les derniers temps de la vie, la tête et le cou de Rebour, pourrait avoir contribué à accélérer la putréfaction des parties : le temps était d'ailleurs très-chaud.

de granulations beaucoup moins grosses que la tête d'une petite épingle, très-apparentes cependant, et sensibles au toucher et à la vue, donnant un aspect chagriné et rugueux à cette surface.

Les plexus choroïdes offrent un grand nombre d'hydatides. Le cerveau a une teinte brunâtre qui paraît le commencement de la putréfaction.

Thorax. Le cœur est volumineux, très-flasque et se laisse pénétrer facilement; les cavités gauches sont aussi vastes que les droites, et contiennent les unes et les autres une très-petite quantité de sang. Les poumons sont très-sains.

Abdomen. L'estomac est très-étroit et offre des rides très-volumineuses; sa muqueuse présente, dans les trois-quarts de son étendue, depuis un pouce du cardia jusqu'au pylore, une couleur brunâtre, assez prononcée, qui est due à des mucosités de la même couleur dont elle est recouverte dans ces endroits. Après les avoir enlevées, on voit la membrane, rouge d'une manière inégale et assez prononcée. Cette couleur contraste avec la couleur blanchâtre du tiers gauche de la cavité gastrique. Les autres organes sains.

RÉFLEXIONS. Cette observation tend plus encore que les deux précédentes à confirmer notre opinion sur la cause ou mieux la condition organique du délire ambitieux, que nous avons attribué à une injection de la pie-mère, avec irritation de l'arachnoïde (1). En effet, nous voyons

(1) Cette lésion, qui occasione immédiatement le dérangement des facultés, ne peut donner lieu qu'indirectement aux idées ambitieuses, à-peu-près de la même manière que les maladies chroniques des viscères

la monomanie succéder immédiatement à une attaque de congestion dont le malade fut atteint à l'invasion. Cette attaque ne pouvait être qu'une irruption du sang dans les vaisseaux du cerveau et le réseau vasculaire de la pie-mère.

Trois mois environ après, le délire exclusif se dissipa à l'aide de plusieurs applications de sangsues à l'anus; mais la paralysie incomplète persista. Ceci vient encore à l'appui de notre explication. Si les idées ambitieuses ne dépendaient pas de la cause que nous leur assignons, auraient-elles disparu après des évacuations sanguines? Si elles tenaient à l'état du principe intellectuel, ou à quelque lésion organique appréciable ou non du cerveau, n'auraient-elles pas duré aussi long-temps que la paralysie? Les autres observations jeteront plus de jour sur cette question.

Quant à la paralysie incomplète et générale, nous l'attribuons, comme nous l'avons dit, lorsqu'elle est durable, à une compression exercée sur le cerveau par l'arachnoïde épaissie, mais surtout par une quantité plus ou moins grande de sérosité épanchée dans la grande cavité de cette membrane et dans les ventricules, et infiltrée dans le tissu de la pie-mère.

Ces altérations sont beaucoup plus graves que la simple congestion cérébrale, et les évacuations

---

abdominaux rendent tristes; que la phthisie pulmonaire rend gais et sans crainte sur leur sort les individus qui en sont atteints. (*Voyez* la seconde Partie de cet Ouvrage.)

sanguines, si utiles dans cette dernière affection, sont, en général, insuffisantes ou même dangereuses contre les premières. Aussi voyons-nous, dans le fait que nous examinons, que les mouvemens restèrent à demi-paralysés et les facultés faibles lorsque le délire se fut dissipé.

Le reste de l'observation nous offre un retour du délire ambitieux beaucoup plus incohérent, et une augmentation très-considérable de la paralysie incomplète, qui finit par envahir presque tout le système musculaire, phénomènes auxquels nous reconnaissons une nouvelle congestion sanguine de la pie-mère et du cerveau, et une exhalation plus abondante de liquide séreux dans les cavités ou à la surface de cet organe.

Que dirons-nous des mouvemens convulsifs qui se succédèrent presque sans interruption pendant les six derniers jours de la vie? Nous verrons plus tard que ces phénomènes dépendent presque toujours d'une adhérence de l'arachnoïde au cerveau : mais ici, à moins d'un défaut d'examen de notre part, cette lésion n'existait pas. Si l'on considère, d'un côté, que quatre saignées très-abondantes n'ont pas empêché les convulsions d'augmenter rapidement d'intensité, et, d'un autre côté, qu'une très-grande quantité de sérosité était épanchée à la base du crâne et dans les ventricules, ou infiltrée dans le tissu de la pie-mère, à laquelle elle donnait un aspect gélatineux, ne sera-t-on pas très-disposé à penser que les mou-

vemens épileptiformes étaient le résultat d'un afflux de sérosité qui avait lieu à chaque saignée? On sait, en effet, que la diathèse séreuse est augmentée par les évacuations sanguines.

IVe. Observation.

Attaque subite de congestion cérébrale, suivie d'un état de manie violente avec prédominance d'idées ambitieuses; au bout d'un mois et demi environ, guérison. Un mois après, attaque de paralysie de la langue, précédée d'une *aura*, qui se répète très-souvent pendant un an; à la fin de cette époque, monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète; dans les huit mois suivans, attaques fréquentes de congestion cérébrale avec perte de connaissance, suivies de délire ambitieux et d'une augmentation de la paralysie. Plus tard, plusieurs attaques épileptiformes. *Méningite chronique très-forte de la convexité des hémisphères; quelques adhérences des membranes à la substance grise; pie-mère rouge et infiltrée de beaucoup de sérosité; cerveau ferme et injecté.*

Jean-Marie J***., garçon baigneur, âgé de quarante ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin et d'un caractère doux, avait fait quelques excès de boisson. Il avait fait usage de remèdes très-actifs pour combattre une affection herpétique dont il était atteint depuis long-temps, mais surtout de lotions d'eau de Mettemberg, dont il avait beaucoup abusé. Il ne paraît pas qu'il y eût eu des aliénés dans sa famille.

Il avait eu une attaque apoplectique depuis quelque temps, lorsque, le 27 octobre 1819, il tomba dans un état de manie avec agitation continuelle et violente par intervalles, incohérence dans les propos et les actions, et prédominance d'idées ambitieuses; il parlait sans cesse de ses châteaux, de ses bois, de ses fermes, etc.; il se croyait plus riche et plus puissant que le roi; il avait

pris sa famille en haine, et jurait d'étrangler ceux de ses parens qui tomberaient sous sa main.

C'est dans cet état que le malade entra à la Maison royale de Charenton, le 3 novembre 1819. Au bout d'un mois environ de séjour dans cet établissement, l'agitation fit place à un état d'exaltation sans délire; il parlait beaucoup et n'avait pas un moment de repos. Peu de temps après, le calme revint avec le désir de rentrer dans sa famille, à laquelle il fut rendu parfaitement guéri, le 27 janvier 1820. Cependant, en l'examinant attentivement, on parvenait à s'apercevoir d'un très léger embarras dans les mouvemens de la langue.

Un mois après sa rentrée dans sa maison, il fut pris d'une attaque, qui commençait par le sentiment de quelque chose qui partait de la main droite, se faisait sentir en même temps dans la jambe et remontait jusqu'à la langue : alors le malade ne pouvait plus articuler, mais conservait sa connaissance. Cette attaque se répéta au moins trente fois dans le courant de l'été, en laissant des intervalles d'un mois. Plus tard, elle revint plusieurs fois par semaine; il y en eut même jusqu'à deux dans un jour. Vers la fin de 1820, monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète; il se croyait immensément riche, voulait faire un grand commerce et des entreprises gigantesques, etc. Vers le milieu de novembre, loquacité, brusqueries, mouvement continuel, prononciation difficile, insomnie, appétit très-vif.

Le 1er. décembre 1820, J***. entra de nouveau à Charenton dans le même état.

Au bout d'un mois environ, les idées de grandeur et de fortune diminuèrent beaucoup; mais la paralysie incomplète persista. Depuis cette époque jusqu'au mois de

septembre 1821, le malade éprouva de temps en temps des attaques de congestion cérébrale, dans lesquelles il perdait presque entièrement connaissance, parlait très-difficilement, ou même cessait de pouvoir prononcer; il avait en même temps la face très-rouge et les mouvemens des membres très-embarrassés. Lorsque ces symptômes avaient un peu diminué après l'usage de sangsues à l'anus et de lavemens purgatifs, et que le malade pouvait répondre aux questions qu'on lui faisait, il disait avec l'accent de la joie et du contentement, dans un état d'exaltation, qu'il se portait très-bien, qu'il était très-heureux et qu'il avait cinquante mille livres de rente, etc. Au bout de huit, dix ou quinze jours, ces idées disparaissaient, et le malade revenait à son état habituel d'affaiblissement des facultés intellectuelles sans idée dominante; mais la paralysie incomplète, quoique diminuée, persistait après chaque attaque de congestion. La marche était difficile et vacillante, et la prononciation confuse et bégayée.

Le 12 septembre 1821, il perd entièrement le sentiment et le mouvement. Quelque temps après, retour de la connaissance; impossibilité de parler; paralysie du côté droit du corps; mouvemens du côté gauche difficiles; bouche tirée à gauche.

Depuis le 16 septembre jusqu'au 20, il survient dix attaques caractérisées par les symptômes suivans : Perte de connaissance, roideur et secousses de la tête, écume à la bouche, cris confus, distorsion des traits du visage, mouvemens convulsifs des membres, qui sont plus forts à droite qu'à gauche. Après deux ou trois minutes, retour des sensations, mais d'une manière incomplète. Plus tard, connaissance entière; insensibilité et immobilité des membres droits, qui sont légèrement roides;

contraction des masseters par momens ; aphonie ; impossibilité de tirer la langue ; côté gauche conservant le sentiment et le mouvement volontaire ; pouls fréquent.

Le 21, nouvelle attaque qui dure quelques minutes. (Pendant ces quatre derniers jours, *quatre lavemens purgatifs* qui n'ont provoqué aucune évacuation ; *deux sinapismes aux pieds, deux aux jambes et deux sur la poitrine ; deux vésicatoires et trois saignées abondantes.*)

Le 23, cinq attaques. Le 24, même état. Lorsqu'on pince le côté gauche, la figure du malade manifeste la douleur ; mais cependant il ne remue pas les membres de ce côté.

Le 25, état comateux continuel, dont on le retire en le pinçant, mais dans lequel il retombe un moment après ; continuation des autres symptômes ; pouls fréquent.

Le 26, assoupissement moindre ; aphonie ; continuation de la paralysie du côté droit ; secousses convulsives légères dans le bras paralysé.

Le 27, mort.

Ouverture du cadavre. — Habitude extérieure. Embonpoint musculaire et graisseux.

Crâne. Il y a six onces environ de sérosité épanchée à la base du crâne et deux onces sur la convexité des hémisphères entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La portion de cette membrane qui recouvre la convexité et la face interne des hémisphères est pâle, opaque, d'un blanc grisâtre, et a une apparence gélatineuse ; elle est extrêmement épaissie, ressemble à du parchemin ramolli dans l'eau, et présente une grande résistance aux efforts de traction, au point qu'on peut soulever la masse en-

céphalique à l'aide d'un lambeau membraneux détaché de sa surface. La face interne de cette portion d'arachnoïde est adhérente, dans un petit nombre de points, à la substance corticale. La pie-mère, qui lui est subjacente, est rouge et infiltrée d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, qui forme, dans le tissu de la pie-mère, de petits amas gélatiniformes et tombe abondamment dans les anfractuosités du cerveau à mesure qu'on détache cette membrane. L'arachnoïde de la base du cerveau est peu épaissie.

La substance de cet organe offre une consistance considérable dans toutes ses parties; elle est fortement injectée, surtout à sa base, où les vaisseaux sont gorgés de sang. Les tranches de matière cérébrale se couvrent d'un grand nombre de gouttelettes de sang par la pression. La substance corticale paraît moins grise que dans son état naturel.

Thorax. Tout est sain dans cette cavité.

Abdomen. Estomac contenant un fluide noirâtre; sa membrane muqueuse offrant çà et là des points rouges et de petites élévations de la même couleur. Les autres organes sains.

Réflexions. Cette observation nous présente une si grande variété de phénomènes, que nous ne pouvons nous en rendre compte qu'en passant en revue toutes les époques de son cours.

Le malade fut d'abord atteint d'un accès de manie violente avec prédominance d'idées ambitieuses, quelque temps après une attaque de congestion cérébrale; ce qui nous prouve que l'inflammation de l'arachnoïde, et, par suite, l'ir-

ritation du cerveau, commencèrent presque en même temps que l'injection de la pie-mère : car s'il en avait été autrement, le délire aurait été précédé d'une paralysie incomplète plus ou moins marquée. Cependant cette inflammation des méninges se dissipa au bout d'un mois et demi environ, et la raison se rétablit complètement; mais il resta un léger embarras dans les mouvemens de la langue, qui ne pouvait dépendre que d'un épaississement de l'arachnoïde, ou d'une petite quantité de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux.

Un mois après son rétablissement, le malade fut pris d'une attaque de paralysie de la langue, précédée par le sentiment d'une *aura*, qui partait de la jambe et de la main droite et se portait ensuite à la tête. Cette attaque se répéta très-fréquemment pendant sept à huit mois, et ce n'est qu'à la fin de cette époque qu'il survint une monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète. A quelle cause devons-nous attribuer ces symptômes? Est-ce à une hémorrhagie cérébrale? Mais l'autopsie ne nous en a montré aucune trace. Est-ce à une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau? Les autres observations de cet ouvrage, qui nous offrent des exemples si fréquens de cette dernière affection, ne nous ont jamais présenté cette *aura* à laquelle le malade était sujet : de plus, elles nous ont toujours montré ces attaques de congestion comme donnant lieu à la méningite

chronique, ou augmentant ses symptômes lorsqu'elles surviennent pendant son cours; tandis que dans le fait que nous analysons, nous voyons le délire ambitieux et la paralysie incomplète ne survenir qu'au bout de sept à huit mois. Il n'est donc pas probable que ces attaques de paralysie avec *aura* fussent le résultat d'une injection subite des vaisseaux de la pie-mère. Étaient-elles l'effet d'une inflammation de la substance grise? Nous ne pourrions le penser, puisqu'elles n'étaient accompagnées d'aucun des phénomènes spasmodiques qui caractérisent essentiellement cette dernière affection. Il est vrai que l'autopsie nous a montré quelques points d'adhérence des méninges au cerveau; mais le malade, dans son premier accès d'aliénation, avait eu des momens de violence; ce qui explique suffisamment cette altération, qui était d'ailleurs très-légère. A quelle lésion devons-nous donc les attribuer? Les motifs que nous venons d'exposer nous portent à penser que chacune de ces attaques était le résultat d'un afflux de sérosité qui avait lieu assez rapidement dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules. Nous verrons par la suite cette idée confirmée par plusieurs observations.

Nous arrivons maintenant à une autre époque de la maladie, qui dura neuf à dix mois environ. Pendant cet espace de temps, le malade avait les facultés très-faibles, la démarche et la prononciation très-embarrassées; il éprouvait de temps en temps

des attaques de congestion, à la suite desquelles il était dominé pendant dix ou quinze jours par une monomanie ambitieuse qui se dissipait ensuite; mais après chaque attaque la paralysie incomplète faisait des progrès. L'analogie de ces symptômes avec ceux que nous présentent la plupart des observations de cet ouvrage, la rougeur de la face et le succès des évacuations sanguines, tout nous prouve que ces attaques consistaient dans une congestion subite du sang dans les vaisseaux de la pie-mère. Ce fait prouvé, nous trouvons dans la marche des symptômes une confirmation frappante de l'explication que nous avons donnée du délire ambitieux et de la paralysie incomplète. En effet, la monomanie accompagnée d'un état d'exaltation cessait entièrement lorsque les saignées locales, les sinapismes et les lavemens purgatifs avaient fait disparaître tous les symptômes de congestion; mais la paralysie, quoique moins considérable qu'après l'attaque, faisait chaque fois des progrès, en la comparant à ce qu'elle était avant. Le délire dépendait donc à la fois d'une injection de la pie-mère et d'une légère irritation secondaire du cerveau, tandis que la paralysie était le résultat d'un épanchement séreux qui augmentait après chaque attaque.

Nous voilà parvenus à la dernière période de cette observation, période qui dure quinze jours environ. Elle nous présente des attaques épileptiformes très-fortes, qui cessent après deux ou trois

minutes, se répètent extrêmement souvent dans l'espace de quinze jours, et paraissent plutôt augmenter que diminuer par l'emploi de saignées abondantes. De quelle cause dépendaient ces attaques? Si l'on se rappelle, d'un côté, qu'il n'existait chez le sujet de cette observation qu'un petit nombre de points d'adhérence des méninges au cerveau, et que les évacuations sanguines produisent, en général, de très-bons effets dans les cas de congestion sanguine avec inflammation consécutive de la substance grise, on ne pourra regarder cette dernière affection comme la cause des attaques épileptiformes que nous venons de décrire. Mais si l'on remarque l'analogie frappante qui existe entre ces attaques et celles qui ont terminé la vie de Rebour (IIIe. Observation); si l'on considère que les évacuations sanguines ont toujours pour effet d'augmenter les épanchemens séreux, on sera disposé à penser avec nous que les attaques de J***. étaient l'effet d'un afflux intermittent de sérosité dans le tissu de la pie-mère (1), qui survenait tout-à-coup et à des intervalles très-rapprochés, maladie que l'on pourrait à juste titre appeler *apoplexie séreuse*, et dont les modernes ont à tort nié l'existence.

---

(1) Il est très-probable que cette exhalation de sérosité avait lieu en même temps dans les ventricules; mais en écrivant les résultats de l'ouverture du cadavre, j'ai oublié de noter l'état dans lequel se trouvaient ces cavités.

Ve. Observation.

Monomanie ambitieuse; tremblemens dans les membres; paralysie incomplète. Plus tard, augmentation de cette paralysie; affaiblissement très-considérable des facultés; mort par suite d'une pleurésie chronique. *Méningite chronique de la convexité du cerveau ; plusieurs adhérences de l'arachnoïde à la substance grise ; beaucoup de sérosité à la base du crâne, dans les ventricules et dans le tissu de la pie-mère : cette membrane injectée.*

Frédéric L***., homme d'affaires, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, d'un caractère doux et sensible, issu d'une famille saine, avait fait beaucoup d'excès vénériens et avait eu plusieurs maladies syphilitiques, pour lesquelles il avait pris une grande quantité de mercure.

Vers le milieu d'août 1819, il tomba tout à coup dans un état de monomanie avec agitation, loquacité et incohérence dans les propos. Il se croyait très-riche, il pouvait faire cinquante lieues par jour; il allait faire bâtir des palais et des châteaux superbes, etc.; il parlait sans cesse et ne dormait pas. Sa prononciation et sa démarche étaient embarrassées; il éprouvait continuellement des tremblemens dans les membres, qui cependant n'étaient pas assez forts pour l'empêcher de marcher ni de se servir de ses mains.

Cet état n'avait pas éprouvé de changement important lorsque le malade entra à la Maison royale de Charenton le 22 septembre 1819. Peu de temps après, l'agitation se dissipa complètement; les facultés s'affaiblirent davantage.

Pendant les derniers mois de cette année et le printemps de 1820, il resta dans un état de monomanie

ambitieuse tranquille, avec affaiblissement de l'intelligence. Sur tout sujet étranger à lui-même, il répondait d'une manière assez raisonnable. Sa mémoire et son jugement étaient très-faibles. Il était toujours calme, à l'exception de certains momens; il aimait à s'occuper et aidait les infirmiers de sa salle; mais lorsqu'on l'interrogeait sur sa fortune, ses occupations, etc., il disait qu'il avait des millions, qu'il possédait des palais, des châteaux magnifiques, des voitures d'or, qu'il allait partir pour Paris, etc.; il invitait tout le monde à un dîner somptueux qu'il allait donner.

Ces idées ambitieuses étaient tantôt plus, tantôt moins dominantes; souvent elles ne l'occupaient point, et il n'en parlait que lorsqu'on lui faisait des questions. Il prononçait certains mots avec difficulté et en bégayant; sa démarche était lente et mal assurée; il avait toujours des tremblemens. Il était dans un état d'embonpoint et avait un appétit vorace.

Dans le mois de juin 1820, le délire ambitieux fit des progrès, en même temps que l'intelligence diminua. Sa fortune augmenta tout-à-coup; il était maître du paradis, il y avait été plusieurs fois, et il écrivit à sa femme qu'il allait l'y conduire, etc. Il marchait avec beaucoup de peine et prononçait très-difficilement.

Dans les premiers jours de juillet, douleur dans le côté gauche de la poitrine, pouls petit et fréquent (*quinze sangsues sur le lieu douloureux*); augmentation de la paralysie incomplète.

Quelques jours après, continuation de la douleur, respiration embarrassée, assoupissement apoplectique, suspension incomplète du sentiment et du mouvement. (*Sangsues au cou; lavement purgatif et sinapismes*,

qui lui rendent un peu plus de connaissance.) Impossibilité d'articuler, bruit confus et inintelligible lorsqu'il veut parler.

Le 8, respiration très embarrassée, pouls très-fréquent et très-faible, peu de connaissance, aphonie. Le soir, mort.

Ouverture du cadavre. — *Habitude extérieure.* Embonpoint graisseux; chairs flasques.

Crâne. Un peu de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde; une assez grande quantité du même fluide à la base du crâne.

Sur la convexité et la face interne des hémisphères, arachnoïde opaque dans plusieurs endroits, épaissie, beaucoup plus résistante que dans son état sain, adhérente, en plusieurs endroits, à la surface de la substance cérébrale. Pie-mère subjacente à l'arachnoïde malade, rouge, injectée, infiltrée de beaucoup de sérosité, qui, le long de la grande scissure et sur la convexité des hémisphères, est plus abondante que partout ailleurs, et forme, dans certains points, des amas qui ont écarté les circonvolutions et font saillie à la surface du cerveau, en soulevant l'arachnoïde. Arachnoïde du cervelet et de la base du cerveau saine. Ventricules latéraux distendus par la sérosité. Cerveau sain.

Thorax. Cavité pectorale gauche remplie d'une sérosité floconneuse. Poumon atrophié, réduit à un pouce et demi d'épaisseur, situé au côté interne de la poitrine, mou et sans crépitation, adhérent au péricarde par une fausse membrane albumineuse. Plèvre recouverte dans toute son étendue d'une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur.

Péricarde contenant une demi-once environ de sang

rouge; cœur extrêmement flasque, se laissant pénétrer par le plus petit effort.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique offrant des taches rouges. Les autres organes sains.

Réflexions. Cette observation offre plusieurs traits de ressemblance avec les précédentes, et les remarques que nous avons faites sur chacune d'elles peuvent s'appliquer à celle-ci, qui cependant en diffère sous certains rapports, sur lesquels nous devons principalement attirer l'attention de nos lecteurs.

La maladie débuta par un délire ambitieux avec agitation, qui n'avait point été précédé d'attaque de congestion, comme dans la troisième observation, ce qui nous induit à penser qu'ici l'irritation inflammatoire de l'arachnoïde était plus considérable et que l'injection sanguine de la pie-mère était survenue d'une manière moins brusque. Les tremblemens qui se manifestèrent peu de temps après l'invasion dépendaient, suivant nous, de l'inflammation consécutive de la surface du cerveau, d'où résulta l'adhérence des méninges à quelques points de la substance grise, comme nous tâcherons de le prouver dans la troisième série des observations de cet ouvrage.

Dans tout son cours, la maladie augmenta graduellement, sans cependant changer de caractère; elle resta presque jusqu'à la fin dans la première période, celle de monomanie. Mais à l'époque de la mort, qui fut occasionée par une

pleurésie chronique, les facultés étaient très-faibles, les idées très-bornées, les mouvemens des membres et de la langue fort embarrassés; la période de démence allait commencer. A l'ouverture nous trouvâmes les altérations que ces symptômes indiquaient, c'est-à-dire une injection très-forte de la pie-mère, beaucoup de sérosité dans le tissu de cette enveloppe cellulo-vasculaire, à la base du crâne et dans les ventricules, ainsi qu'un épaississement manifeste de l'arachnoïde et l'adhérence des méninges à plusieurs endroits de la substance grise.

Dans cette observation, comme dans toutes celles qu'on lira dans le cours de cet ouvrage, on remarquera que les altérations de l'arachnoïde occupaient toujours la convexité et la face interne des hémisphères, et non la base du cerveau ou le cervelet. Quelle induction peut-on tirer de cette circonstance, relativement aux fonctions des différentes parties du cerveau? C'est ce que nous rechercherons dans la Deuxième Partie de cet ouvrage.

VIe. Observation.

Prédisposition héréditaire et constitutionnelle; monomanie ambitieuse semi-paralytique; agitation passagère et non violente. Plus tard, démence avec prédominance continuelle d'idées de grandeur et de richesse; augmentation de la paralysie. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules, avec infiltration séreuse et injection de la pie-mère, et épanchement de sérosité à la base du crâne et dans les ventricules.*

M. Auguste-César L***., propriétaire, âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, était né d'un

père qui avait été affecté de la même espèce d'aliénation mentale que lui. Un de ses frères est dans un état d'idiotisme. Il était d'un caractère doux et avait la tête naturellement faible. Il avait employé une partie de sa fortune à faire bâtir, et avait l'habitude de boire six petits verres au moins d'eau-de-vie par jour. On ignorait s'il avait eu quelque attaque d'apoplexie.

Dans le mois de mai 1820, il tomba dans un état de monomanie ambitieuse semi-paralytique. Il voulait faire démolir son village pour y bâtir un château de marbre; il était l'empereur des empereurs, et quelquefois plus que Dieu lui-même; il lui arrivait souvent de courir dans les champs et les bois et de faire quinze lieues en un jour. On le perdit une fois pendant dix jours, et on le retrouva dans les prisons de Rocroi. Il était assez calme, parlait peu et seulement quand on le questionnait. Il pouvait causer quelques instans sans délirer. Sa langue était embarrassée et sa marche gênée.

Le 18 août 1820, il fut conduit à la Maison royale de Charenton. Pendant les six derniers mois de cette année, son état offrit peu de changemens. Ses facultés étaient faibles, surtout la mémoire; il était habituellement calme et tranquille, avait un air très-doux et parlait peu. Il était continuellement dominé par le même délire, qui avait une certaine cohérence. Il était empereur des États-Unis d'Amérique; il allait partir pour se mettre à la tête de son empire; il promettait des honneurs et de la fortune aux gens qui l'environnaient, et nommait ses ministres et ses généraux, etc. Lorsqu'on l'interrogeait sur son âge et son pays, il répondait assez juste. Sa prononciation était lente, mais bien distincte. De temps en temps il éprouvait un peu de peine à articuler certains

mots; il marchait d'une manière assez ferme : on pouvait cependant s'apercevoir d'une gêne légère dans la progression.

Dans le mois de février 1821, augmentation de la paralysie incomplète; prononciation difficile, bégaiement; démarche chancelante (*quinze sangsues à l'anus; vomitif*); agitation légère qui dure quelques jours.

Depuis cette époque jusqu'au 6 avril 1821, même état; idées ambitieuses sans cesse dominantes. Il est Dieu et roi de l'univers; il crée des empereurs à volonté; les Tuileries lui appartiennent et il va y demeurer incessamment; il bâtira des palais immenses, etc. Pendant le reste de l'année, les facultés s'affaiblissent davantage; le malade tombe dans un état de démence tranquille; sa langue est un peu embarrassée; sa parole bégayée par moment, mais très-intelligible.

Le 11 décembre, agitation légère, air de joie et d'hilarité; il va et vient sans cesse, se promène et parle seul, en prononçant assez facilement. Aux questions que je lui fais, il répond : Je suis toujours le grand Dieu de l'univers, le maître de tout, le duc de Montebello, Gaston et Bayard; j'ai des milliers de dieux dans les cieux, auxquels je porte tous les jours des provisions; je suis empereur de tous les mondes, etc.

Dans le mois de janvier 1822, incohérence complète dans les actions et les propos, mêmes idées dominantes; yeux caves, face altérée; il parle seul, est sale, se déshabille tout nu, et lâche involontairement ses urines dans son lit. (*Camisole et blouse.*)

Le 12 février, réponses qui ont peu de rapport aux questions qu'on lui fait, babil sourd; un peu d'agitation qui lui fait déchirer sa blouse lorsqu'il est détaché. Le 27,

pouls concentré et fréquent; langue rouge sur ses bords et blanche sur sa face supérieure; amaigrissement. Le 28, retour à son état habituel.

Le 18 mars, dévoiement très-abondant et fétide; œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes; langue tremblante et rouge sur les bords et à la pointe.

Le 30, décubitus dorsal, tête penchée en arrière, yeux fermés, odeur extrêmement fétide et repoussante, qu'il répand à trois pieds de son lit; langue très-rouge, tremblante et sèche; continuation du dévoiement, qui est continuel, involontaire et d'une horrible puanteur; pouls très-fréquent; chaleur ardente; sueur générale beaucoup plus forte aux parties supérieures qu'aux inférieures; respiration fréquente avec un mouvement continuel d'élévation du larynx et un bruit particulier des lèvres comme s'il sifflait.

Quand on lui parle il ouvre les yeux, qu'il ferme un moment après. En lui demandant à plusieurs reprises comment il se porte, il finit par dire : *bien*. État général de prostration; œdème des deux membres inférieurs jusqu'aux aines. Le soir, mort.

Autopsie cadavérique. — *Crâne.* Deux ossifications sur la faux de la dure-mère, une d'un pouce et demi de longueur sur un demi-pouce de largeur, ayant une surface très-inégale et très-raboteuse, située à la partie antérieure de la faux, au-dessus de l'apophyse *crista-galli;* l'autre, d'un très-petit volume. Epanchement de quatre onces environ de sérosité à la base du crâne, arachnoïde moins transparente que dans son état naturel sur la convexité des hémisphères, épaissie d'une manière notable dans cet endroit, criant en la détachant, se déchirant néanmoins assez facilement, ne pouvant

point soutenir l'encéphale; saine dans toutes les autres parties du cerveau. Une once et demie environ de sérosité dans chaque ventricule latéral; arachnoïde des ventricules très-épaissie et facile à séparer de la surface de ces cavités.

Pie-mère infiltrée de sérosité et injectée d'une manière assez notable. Cerveau sain.

Thorax. Cavité pectorale droite pleine d'un liquide jaunâtre, semblable au petit-lait, mêlé d'une multitude de très-petits flocons albumineux d'un blanc jaunâtre. La plèvre pulmonaire et costale du même côté couverte, dans toute la cavité pectorale, d'une exsudation albumineuse de la couleur des flocons, tremblante, gélatiniforme, molle, sans consistance, sous laquelle est une fausse membrane également molle, mais beaucoup moins que cette dernière substance, d'une couleur blanchâtre, se déchirant assez facilement lorsqu'on la tire, recouvrant les plèvres costale et pulmonaire dans toute leur étendue, lâchement adhérente et se détachant facilement.

Les poumons gorgés d'une sérosité sanguinolente qui s'écoule abondamment. Ventricule gauche du cœur ayant un pouce et un quart environ d'épaisseur et une grande résistance.

Abdomen. L'estomac offre, autour du pylore, une tache irrégulière d'un brun rougeâtre. Le duodénum et la plus grande partie de l'intestin grêle présentent une multitude de petits points noirs extrêmement rapprochés les uns des autres, ne laissant entre eux que de très-petits intervalles, dans lesquels la muqueuse est blanche, disparaissant vers le milieu de l'iléon. Le gros intestin offre dans toute son étendue une rougeur inégale très-vive, plus foncée dans le cœcum, où elle est presque uniforme, existant également dans le rectum. Tout le

canal intestinal est plein de mucosités jaunes, bilieuses, très-abondantes; la vésicule biliaire contient une petite quantité de bile noire.

Réflexions. Il y a entre cette observation et la précédente une analogie frappante qui nous dispensera d'entrer dans beaucoup de détails à son égard.

Le malade, né avec une prédisposition héréditaire, et sujet à des excès de boissons, fut pris tout-à-coup d'un délire partiel caractérisé par une foule d'idées gigantesques de richesse et de grandeur, et accompagné d'un état d'exaltation et d'une paralysie incomplète et générale. Ces symptômes changèrent peu durant tout le cours de la maladie. M. L***. était le plus souvent calme; il survenait de temps en temps une agitation légère. La langue ne fut jamais très-embarrassée; mais les urines finirent par sortir involontairement. La mort fut la suite d'une pleurésie chronique et d'une gastro-entérite chronique.

L'autopsie présenta sur la convexité et la face interne des hémisphères, une injection remarquable de la pie-mère, accompagnée d'une infiltration séreuse de cette membrane, un épanchement de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne, et un épaississement de l'arachnoïde. Toutes ces altérations étaient un peu moins marquées que dans l'observation précédente; aussi avons-nous vu que la prononciation ne fut jamais très-embarrassée. De plus, il n'y avait point d'adhérence de l'arachnoïde au cerveau; mais on n'avait point

observé, dans ce dernier fait, les tremblemens que nous a présentés le précédent, et qui dépendent ordinairement, comme nous le prouverons plus tard, d'une inflammation plus ou moins étendue de la surface du cerveau.

VIIe. Observation.

Excès de boissons; vertiges; interruption d'une saignée habituelle; délire ambitieux et exclusif; embarras dans la prononciation. Plus tard, affaiblissement graduel des facultés et surtout de la mémoire; mort par suite d'une maladie accidentelle. *Méningite chronique de la convexité des hémisphères et des ventricules; épanchement de sérosité dans ces cavités et à la base du crâne; infiltration séreuse et injection de la pie-mère.*

Madame A***., âgée de cinquante-six ans, d'un esprit naturellement faible, née d'un père hydropique, avait éprouvé à plusieurs reprises un commencement d'ascite, et, depuis quelques années, jouissait d'une santé peu solide. Elle s'affectait de se voir si mal portante, et faisait quelquefois des excès de boissons. Elle avait cessé de se faire mettre des sangsues qu'elle était habituée à se faire appliquer à l'anus tous les mois environ, pour des maux de tête et des vertiges auxquels elle était sujette. Vers la fin d'août 1819, ses facultés s'affaiblirent d'une manière notable, surtout la mémoire; des idées exclusives et ambitieuses peu étendues se manifestèrent; elle devait posséder un jour une grande fortune et se livrait à une foule de projets; elle raisonnait d'ailleurs d'une manière assez juste sur la plupart des objets; par momens elle était agitée, sans être violente; elle parlait beaucoup, allait et venait; la nuit elle ne dormait pas et se promenait dans sa chambre.

Le 25 octobre, elle est conduite à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant : Elle n'est venue que pour rétablir sa santé, mais elle sortira bientôt; elle est très-riche et veut avoir une maison bien montée sous tous les rapports; son mari est le plus bel homme du monde et possède toute sorte de talens, etc. Ces idées ne la dominent point d'une manière continuelle; on remarque peu de suite dans sa conversation, une incohérence marquée dans ses propos et l'oubli d'événemens très-importans; elle parle avec difficulté et prononce certains mots en bégayant.

Pendant les mois de novembre et de décembre, face pâle et blême comme celle des hydropiques; facultés intellectuelles plus affaiblies, surtout la mémoire; céphalalgie; douleurs vagues dans le ventre; désir d'avoir des sangsues pour débarrasser sa tête; calme; paralysie incomplète de la langue augmentée; tremblemens des mains par momens; beaucoup d'appétit.

Dans les mois de janvier et février 1820, mêmes idées exclusives, dont elle est rarement préoccupée; mémoire presque entièrement abolie; elle ne croit être dans la maison que depuis une semaine ou un mois; elle oublie non-seulement le nom des personnes qu'elle voit tous les jours, mais souvent même elle croit ne les avoir jamais vues. D'autres fois elle regarde comme deux personnes la même personne vue dans deux endroits différens ou vêtue d'une autre manière; les sensations sont obtuses; le goût présente une hallucination remarquable : la malade, en se promenant dans le jardin, ramasse de petits cailloux siliceux, dont elle remplit son sac; elle est persuadée que c'est du sucre qui croît dans la terre, et qui ne diffère de l'autre qu'en ce qu'il est un peu plus dur; pendant plusieurs

jours elle en conserve dans sa bouche et en met dans ses alimens, et ce n'est qu'au bout d'une semaine qu'on parvient à la désabuser. Elle est sans cesse tourmentée par une faim dévorante; elle mange au moins comme trois autres personnes sans être rassasiée; elle ne fait aucune distinction entre les alimens; tous sont également bons pour elle.

En mars et avril, augmentation de l'affaiblissement de l'intelligence et de la paralysie incomplète: délire ambitieux peu marqué; elle se plaint fréquemment de céphalalgie et de pesanteur de tête, et désire ardemment des sangsues; d'ailleurs elle trouve *qu'elle se porte parfaitement bien, qu'elle est très-heureuse.* Elle prononce souvent avec beaucoup de peine et avec lenteur; sa démarche, un peu moins prompte que dans l'état naturel, est très-peu altérée; elle n'est point agitée, mais par momens elle parle beaucoup; elle change fréquemment de place et passe d'un objet à un autre avec très-peu de suite, sans cependant qu'il y ait une grande incohérence dans ses idées.

Dans le commencement du mois de mai, peu de changemens dans cet état. Le 13, tourmentée par un appétit dévorant, elle se gorge d'alimens, sent des douleurs très-vives à l'estomac et vomit des matières alimentaires. Le 14, douleur épigastrique; langue jaunâtre; anorexie; pouls fréquent. (*Tisane antispasmodique; vomitif; lavement purgatif; diète.*) Le soir, fièvre violente; cent pulsations par minute; chaleur à la peau; assoupissement dont la malade sort avec peine. (*Nouveau lavement purgatif.*) Le 15, mêmes symptômes; diminution du coma. (*Tisane antispasmodique; dix-huit sangsues à l'épigastre; diète.*) Le 16, douleur très-forte dans

toute la région épigastrique; altération subite de la face quand on comprime cette partie. (*Décoction d'orge miellée; quinze sangsues à l'anus; cataplasme émollient sur l'abdomen.*) Le soir, douleur épigastrique plus vive; langue recouverte d'un enduit jaunâtre, rouge sur ses bords; pouls fort et très-fréquent (*trente sangsues au creux de l'estomac*); coma plus profond, dont on peut cependant faire sortir la malade en lui parlant à haute voix ou en la pinçant. Le 17, exacerbation de tous les symptômes. (*Orge miellée; cataplasme.*)

Le 18, assoupissement plus considérable; sensibilité obtuse; yeux ouverts; face inexpressive et altérée, couverte d'un enduit graisseux; nulle réponse aux questions qu'on lui fait; quelques signes qui indiquent qu'elle les comprend; resserrement spasmodique des mâchoires, qui empêche la malade de tirer la langue; respiration fréquente. A trois heures du soir, yeux et bouche entr'ouverts; marques légères de sensibilité; respiration haute et fréquente, bientôt après stertoreuse avec gargouillement; pouls très-fréquent et fort; le stéthoscope fait entendre dans la région du cœur un son obscur et tumultueux et sentir une impulsion très-forte. (*Lavement purgatif; large sinapisme sur la poitrine; cataplasme sur l'abdomen; orge.*)

Trois heures après, augmentation de tous les symptômes et mort.

Ouverture du cadavre. — Face ardoisée; ventre volumineux et proéminent; embonpoint graisseux considérable.

Crâne. Adhérence de la dure-mère à l'os frontal dans l'étendue d'un pouce; petite quantité de sérosité épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Sur la ré-

gion supérieure du cerveau, l'arachnoïde cérébrale épaissie d'une manière notable, beaucoup moins transparente que dans l'état naturel, très-résistante, offrant quelques granulations légères sur sa surface extérieure, moins altérée sur l'hémisphère droit que sur le gauche, où elle est adhérente, dans quelques points, aux circonvolutions cérébrales. La pie-mère rouge, injectée et infiltrée de sérosité d'une manière également plus prononcée à gauche qu'à droite. Les ventricules latéraux contenant de la sérosité en assez grande quantité; l'arachnoïde qui tapisse ces cavités, ainsi que celle du ventricule moyen et du ventricule du cervelet, épaissie et couverte d'une multitude de granulations sensibles à l'œil et au toucher. Le parenchyme cérébral ferme et injecté. Trois onces environ de sérosité à la base du crâne : il en sort aussi par le canal rachidien.

Thorax. Les poumons adhérens en plusieurs points aux parois pectorales, à l'aide de productions celluleuses très-résistantes; le sommet du gauche présentant une dépression qui ressemble à une cicatrice, endurci dans cet endroit, qui est formé par beaucoup de matière noire. La membrane muqueuse de la trachée, des bronches et de ses premiers canaux, rouge.

Cœur deux fois plus volumineux que le poing du sujet. L'oreillette droite distendue par une concrétion fibrineuse, jaunâtre, assez résistante, qui en occupe toute la cavité et envoie des prolongemens dans les veines caves supérieure et inférieure. Le ventricule droit peu volumineux, plein de caillots de sang noir; ses parois minces et n'ayant pas plus d'une demi-ligne d'épaisseur vers la base du cœur, où elles paraissent confondues avec la graisse. Le ventricule gauche formant les trois quarts

du cœur, présentant une cavité beaucoup plus vaste que dans l'état naturel et que celle du ventricule droit, remplie de caillots de fibrine qui s'étendent jusques dans l'aorte et ses premières branches; les parois de ce ventricule ayant près d'un pouce d'épaisseur dans toute leur étendue, fermes et très-résistantes.

Cavité abdominale. Le foie très-volumineux, s'étendant jusqu'à deux pouces des côtes gauches, jaunâtre, facile à déchirer et gras. L'utérus offrant, dans son tissu, du côté droit, une dureté cartilagineuse. L'estomac et les intestins n'offrant aucune trace d'inflammation. Les autres organes sains.

Réflexions. Les remarques que nous avons faites sur les observations précédentes s'appliquent naturellement à celle-ci. On y observe les mêmes phénomènes et les mêmes altérations, avec des différences uniquement relatives au degré de la maladie et à la susceptibilité individuelle.

La malade était sujette à des maux de tête et à des vertiges, pour lesquels elle avait l'habitude de se faire appliquer des sangsues. Ces symptômes, qui tenaient évidemment à une congestion cérébrale, augmentèrent par l'interruption de cette évacuation sanguine, et l'aliénation ne tarda pas à se manifester.

L'ouverture du cadavre nous a montré que le délire ambitieux léger, qu'on a observé pendant presque tout le cours de la maladie, coïncidait avec la rougeur et l'injection de la pie-mère, et que l'affaiblissement de l'intelligence et

de la mémoire, qui avait dégénéré vers la fin en un état voisin de la démence, ainsi que la paralysie incomplète de la langue et des membres, étaient accompagnés d'un épaississement de l'arachnoïde, d'une infiltration séreuse de la pie-mère, et d'un épanchement de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne : il nous suffit maintenant de faire remarquer cette coïncidence. Lorsque les observations suivantes auront démontré que cette circonstance est constante, et qu'il y a toujours un rapport entre les symptômes et les altérations auxquelles nous les attribuons, en tenant compte toutefois des variations relatives à l'âge, au sexe et à l'idiosyncrasie, on sera obligé de convenir avec nous que les unes sont les causes, et les autres les effets.

L'examen de l'arachnoïde a encore fait remarquer quelques points d'adhérence de cette membrane à la substance grise. Comme ils étaient très-faibles et peu nombreux, ils ont pu ne donner lieu qu'à des phénomènes fugaces. Mais il est très-probable qu'ils ont contribué à produire les tremblemens que la malade a présentés à plusieurs reprises, et que le travail inflammatoire auquel ils ont dû leur formation s'est renouvelé dans les derniers temps de la maladie, et a donné lieu au resserrement spasmodique des mâchoires, qu'on a observé à cette époque.

VIIIe. Observation.

Interruption d'hémorrhoïdes habituelles; congestion cérébrale; monomanie ambitieuse avec des accès d'agitation; paralysie incomplète et générale. Six mois après, démence avec idées de grandeur et d'opulence. Plus tard, impossibilité de parler et de marcher; déjections involontaires. *Méningite chronique très-intense de la convexité des hémisphères et des ventricules; grande quantité de sérosité à la base du crâne et dans le tissu de la pie-mère; injection de cette membrane; ventricules distendus par le fluide séreux.*

Joseph H***., âgé de quarante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, avait été long-temps employé dans les administrations militaires, et avait mené une vie assez déréglée. Les événemens politiques de 1814 lui avaient donné beaucoup de craintes sur ses intérêts. A cette époque, il devint triste et rêveur, perdit le sommeil et l'appétit, et devint sujet à des douleurs de ventre, à des démangeaisons à l'anus et à des hémorrhoïdes incomplètes, pour lesquelles on lui appliqua plusieurs fois des sangsues.

En 1817, les hémorrhoïdes n'étaient pas revenues depuis long-temps, et il éprouvait des vertiges et des étourdissemens. (*Sangsues aux jambes.*)

Vers le mois de juin 1819, il se livre pendant plusieurs jours et d'une manière assidue à un travail qui n'était point dans ses goûts, et, peu de temps après, il est pris d'un délire ambitieux avec des momens d'agitation et de violence. Depuis lors il continue à être dominé par des idées de grandeur et de fortune, qui perdent graduellement une partie de la cohérence qu'elles avaient au commencement de la maladie; les facultés s'affaiblissent; la démarche et la prononciation deviennent difficiles et embarrassées.

Le 4 décembre 1819, il est conduit à la Maison royale de Charenton. Le 5, il est dans l'état suivant : Couleur terne de la face; sourire continuel; air de contentement et de satisfaction; perception difficile; conception obscure; nécessité de lui répéter la même question pour qu'il la comprenne; incohérence générale dans les idées; état de démence avec des pensées de grandeur et de richesse, qui préoccupent sans cesse son esprit; il est Louis XV; il a des millions d'argent, des diamans superbes, des manteaux d'or, une fortune que personne ne peut imaginer; il ne répond pas aux questions qui sont étrangères à son délire exclusif; il dit souvent je ne sais pas; il a oublié sa profession, et se rappelle ses parens d'une manière très-confuse; il est calme, silencieux, dans une indifférence apathique; il reste assis, la tête penchée en avant; il parle quelquefois seul, à voix basse, et répète sans cesse : Je suis Louis XV, j'ai des millions et des millions. Sa voix est faible; sa parole lente, mal articulée, entrecoupée par momens et tremblante; il a de l'embonpoint, mange beaucoup et avec voracité. Toutes les fonctions nutritives sont dans un état d'intégrité.

Pendant les mois de décembre 1819 et de janvier 1820, peu de changemens dans cet état, qui augmente cependant d'une manière sensible. En février, l'affaiblissement des facultés et la paralysie incomplète font des progrès; les déjections sont involontaires; le malade est sale, malpropre, et porte au lieu d'habits la blouse ou longue chemise de toile.

Le 4 mars, face pâle et sans expression; légers mouvemens convulsifs des muscles de cette partie, revenant de temps en temps et d'une manière irrégulière; bouche tirée en bas et à gauche; air d'abattement moral; per-

ception très-faible ; il paraît voir d'une manière confuse ; il entend difficilement les questions qu'on lui fait, et sent peu lorsqu'on le pince fortement ; facultés intellectuelles presque oblitérées. Étranger à tout ce qui l'environne, il est incapable d'acquérir de nouvelles idées et de se rappeler celles qu'il a eues. Son entendement est borné à un certain nombre d'idées de grandeur et de richesse, qui n'ont entre elles aucune liaison ; il est toujours Louis XV ; il a des manteaux d'or, des fortunes ; il est le destin, etc., etc.

Il est calme ; la paralysie incomplète et générale est extrêmement considérable ; il a des grincemens de dents toutes les fois qu'il veut parler ; il articule les mots d'une manière sourde, confuse et inintelligible ; il parle quelquefois de cette manière plusieurs heures de suite, et l'on parvient par momens, en écoutant attentivement, à distinguer les mots de *diamans, or, millions, Louis XV,* etc. ; il se soutient très-peu sur ses jambes et ne peut marcher seul ; lorsqu'il est aidé, il fait quelques pas en traînant les pieds, la tête et le corps penchés en avant ; on le laisse assis dans un fauteuil à chaise percée, sur lequel il est attaché ; il éprouve de légers mouvemens convulsifs dans les membres supérieurs ; les déjections et l'émission de l'urine sont toujours involontaires ; l'appétit diminue ; une diarrhée colliquative existe depuis trois mois ; il y a une escarre au sacrum ; les forces sont abattues ; le pouls est fort et développé ; les jambes et les pieds légèrement œdématiés.

Ces symptômes augmentent graduellement. Le 1er. avril, état de prostration, peu de connaissance, pouls petit. Le 2, mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Escarre au sacrum, légère infiltration des jambes et des pieds.

Crâne. Étendue considérable de cette cavité dans son diamètre transversal. Feuillet arachnoïdien de la dure-mère rouge et très-injecté. Arachnoïde cérébrale très-peu altérée au cervelet et à la base du cerveau ; sur les hémisphères, opaque, offrant des plaques blanchâtres, une épaisseur considérable, et une résistance telle, qu'un lambeau détaché en partie du cerveau soutient sans se déchirer tout le poids de la masse encéphalique, adhérente à elle même dans la grande scissure. La pie-mère rouge, injectée et infiltrée d'une grande quantité de sérosité. Six onces environ du même fluide à la base du crâne. Les ventricules latéraux et le moyen distendus par ce liquide, et leur capacité augmentée d'une manière notable. Une petite quantité de sérosité dans la cavité du *septum lucidum.* La membrane qui recouvre les quatre cavités ventriculaires, épaissie dans toute son étendue et recouverte d'une multitude de granulations très-rapprochées les unes des autres, très-ténues, faciles à apercevoir et rendant rugueuse la surface qu'elles recouvrent. La substance cérébrale ferme et très-injectée.

Thorax. Tout est sain dans cette cavité.

Abdomen. L'estomac sain dans presque toute son étendue, offrant, sur sa face postérieure, une couleur brunâtre et ardoisée, couvert de mucosités jaunâtres. Le foie sain. Les intestins grêles présentant çà et là des portions rouges. La muqueuse du gros intestin épaissie, tapissée par une couche de mucosités blanches et parsemée d'une foule de végétations rouges.

Réflexions. La congestion cérébrale est encore plus manifeste dans cette observation que dans la

précédente. Le malade avait éprouvé pendant long-temps des chagrins; il était sujet à des hémorrhoïdes, qui s'étaient supprimées lorsqu'il fut atteint de vertiges et d'étourdissemens. Quelques mois plus tard, après un travail forcé, il fut pris tout-à-coup d'un délire ambitieux, accompagné de paralysie incomplète. Ce dernier phénomène dépendait évidemment de la compression que l'injection sanguine de la pie-mère exerçait sur le cerveau; mais on ne peut attribuer le délire à cette cause seule, puisque ce symptôme ne se manifeste jamais dans les congestions cérébrales ordinaires. Il est donc naturel de penser qu'il était à-la-fois l'effet de cette injection de la pie-mère et de l'inflammation de l'arachnoïde, affections dont on trouve toujours des traces sur le cadavre : c'est ce qu'on verra dans les observations suivantes. Poursuivons l'examen de celle-ci.

La plupart des malades dont nous avons tracé l'histoire jusqu'à présent ont succombé à une maladie accidentelle, avant que la méningite chronique dont ils étaient atteints fût parvenue à sa troisième période.

L'observation qu'on vient de lire nous présente, au contraire, le dernier degré de la maladie. A l'époque où la mort est survenue, les sensations étaient extrêmement obtuses; les facultés presque entièrement oblitérées; les connaissances bornées à un très-petit nombre d'idées ambitieuses tout-à-fait incohérentes; la prononciation était sourde,

confuse et inintelligible; la marche était impossible. Les urines et les déjections alvines étaient rendues involontairement.

Tous ces symptômes indiquent une compression très-forte du cerveau, qui devait être moins considérable dans les observations précédentes, puisque ces symptômes étaient beaucoup moins intenses : c'est, en effet, ce qu'a démontré l'ouverture du crâne chez les sujets dont nous parlons. Chez celui-ci, au contraire, l'arachnoïde était extrêmement épaissie sur les hémisphères, et avait acquis une ténacité telle, qu'on pouvait suspendre toute la masse encéphalique à un de ses lambeaux sans qu'il se déchirât. La pie-mère était injectée et infiltrée d'une très-grande quantité de sérosité. Il y avait six onces du même fluide à la base du crâne, et les ventricules latéraux en étaient distendus, au point que leur capacité était augmentée d'une manière très-sensible. Le cerveau était très-sain.

Quand on compare cette observation avec les précédentes, et qu'on fait attention au rapport étonnant qui existait, dans chaque cas, entre les lésions et les symptômes, il est bien difficile de ne pas regarder les unes comme causes et les autres comme effets. Mais il nous suffit maintenant d'avoir rendu notre opinion probable dans l'esprit de nos lecteurs. Nous accumulerons dans le cours de cet ouvrage des faits assez frappans pour leur faire partager notre conviction. Nous espé-

rons même qu'ils n'auront pas besoin de nos remarques pour tirer de ces faits les mêmes conclusions que nous.

IXe. Observation.

Blessures graves à la tête; chagrins; nul renseignement sur les deux premières périodes. Plus tard, démence semi-paralytique avec prédominance d'idées de grandeur et de richesse; paroxysmes d'agitation souvent très-violente; mort par suite d'une péricardite chronique. *Méningite chronique de la convexité du cerveau et des ventricules; quelques adhérences de l'arachnoide à la substance grise; sérosité à la base du crâne et dans les ventricules latéraux; pie-mère très-injectée.*

Le général A***., âgé de quarante-six ans, d'une constitution robuste, d'un caractère violent et emporté, était issu d'une famille saine. Pendant le cours de sa carrière militaire, il avait reçu plusieurs blessures graves, dont une, faite par un coup de pistolet tiré à bout portant sur le front, avait été compliquée d'esquilles et très-longue à guérir.

En 1815, il fut du nombre des militaires exilés par l'ordonnance du mois de juillet, circonstance qui l'affecta profondément et qu'on regarda comme la principale cause du dérangement de ses facultés. Il donna les premiers signes d'aliénation en Allemagne, vers le commencement de 1819. Peu de temps après le début de la maladie, il devint sujet à des accès de fureur, qui obligèrent le gouvernement français à le faire renfermer.

Il était depuis plus d'un an dans un état de démence semi-paralytique tranquille, lorsqu'il fut conduit à Charenton, le 3 juin 1821.

Le 28 novembre, il répond par des injures aux questions qu'on lui fait, et se met en colère lorsqu'on lui

parle; incohérence dans les idées; parole lente, bégayée et entrecoupée; bouche contournée; démarche très-difficile; il traîne les jambes en marchant, et se tient penché sur un des côtés du corps; il lâche involontairement son urine dans ses vêtemens, et quelquefois même ses excrémens; face pleine et sans expression; embonpoint; bon appétit. (*Blouse.*)

Le 29, il est dominé par des idées de grandeur et de richesse, et prononce fréquemment le nom de million. Lorsqu'il est dans les cours, il est sans cesse occupé à ramasser des cailloux, dont il remplit toutes ses poches dans la persuasion que ce sont des diamans. Afin de l'empêcher d'en faire des magasins, son infirmier perce toutes ses poches; par ce stratagème les pierres tombent à mesure qu'il les y met et sans qu'il s'en aperçoive. Il se met en fureur lorsqu'on lui parle, pousse de grands cris, et imite le bruit produit par l'explosion de la poudre, pensant peut-être lancer des coups de canon ou de fusil.

Pendant les quinze premiers jours de décembre, agitation légère, qui revient tous les quatre ou cinq jours, et dans laquelle le malade pousse des cris. Depuis le 18 jusqu'au 21 du même mois, il déchire ses vêtemens, crie, vocifère, ne dort pas la nuit, se barricade avec ses matelas, frappe les personnes qui l'approchent, donne des coups de pied et repousse tout le monde en vomissant des injures; malpropreté extrême; déjections involontaires. (*Usage du fauteuil en forme de chaise percée.*)

Le 18 janvier 1822, agitation; idées ambitieuses dominantes; il embrasse affectueusement M. Royer-Collard, dans lequel il croit reconnaître le général Lecourbe, et lui donne deux cent mille francs de rente; il nomme des princes et des ministres; il parle beaucoup,

va et vient sans cesse, et n'est point violent; même état de paralysie.

Le 4 février, cris, vociférations pendant la nuit, parole bégayée, presque inintelligible, tronc penché en avant. Cette agitation nocturne augmente vers le commencement d'avril.

Pendant les quinze premiers jours de septembre, état de calme; de temps en temps cris et vociférations; abattement qui oblige de laisser le malade dans son lit; refus des alimens et des boissons; crainte d'être empoisonné; langue rouge; dévoiement; pouls fréquent. Depuis quinze jours environ, petite plaie fistuleuse à la partie latérale de la poitrine; même état mental.

Le 16 septembre, décubitus dorsal, yeux fermés, bouche ouverte, face couverte de sueur, respiration stertoreuse, assoupissement dont on retire momentanément le malade en lui parlant, pouls extrêmement petit. Le soir, mort.

Autopsie cadavérique. — Etat extérieur. Cadavre dans un état de maigreur.

Crâne. Il y a trois onces environ de sérosité épanchée sous la dure-mère, sur les hémisphères cérébraux, et une égale quantité à la base du crâne. La partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche présente une saillie formée par quatre onces environ du même liquide accumulé dans les anfractuosités et sous l'arachnoïde. A mesure que ce fluide s'écoule, le cerveau se dilate.

L'arachnoïde cérébrale est sensiblement épaissie et plus résistante que dans son état naturel sur la convexité et la face interne des hémisphères, où elle a une teinte opaque et grisâtre; elle se détache facilement de la surface encéphalique, avec laquelle elle a contracté quatre

ou cinq points d'adhérence; mais des efforts très-faibles suffisent pour la déchirer. Les vaisseaux de la pie-mère sont très-injectés et dilatés. Les ventricules latéraux contiennent une once environ de sérosité : leur membrane séreuse est sensiblement épaissie et hérissée d'une foule de granulations très-ténues. La substance cérébrale est injectée.

Thorax. La plaie fistuleuse de la poitrine conduit à un foyer purulent, où l'on voit une carie des sixième, septième et huitième côtes. La portion du poumon placée derrière ces côtes est adhérente à la plèvre et hépatisée : on y aperçoit plusieurs petits abcès. Le reste du poumon est sain.

Le péricarde est distendu par un fluide jaunâtre, qui, en s'écoulant, entraîne avec lui quelques flocons de la même couleur : toute la surface interne de cette membrane est tapissée par une fausse membrane albumineuse d'un jaune blanchâtre, épaisse de deux à trois lignes, très-molle et fragile, offrant, dans quelques points, des vaisseaux capillaires injectés. A la partie postérieure du péricarde, on voit quelques tubercules blanchâtres et mous. La fausse membrane enlevée, on voit la face interne du péricarde, qui est très-injectée et très-rouge. Sur le cœur, elle présente une rougeur plus uniforme et un grand nombre d'élevures irrégulières, qui la rendent inégale au toucher.

Abdomen. Estomac ayant une couleur brunâtre dans toute son étendue, et couvert de mucosités grisâtres. Intestin grêle injecté dans une grande partie de son étendue, sans épaississement de la membrane muqueuse. Les autres organes sains.

Réflexions. Les renseignemens que nous avons obtenus sur le début et les causes de la maladie

de M. A***. , ainsi que sur les symptômes qu'elle a présentés pendant près de deux ans après l'invasion, sont trop incomplets pour qu'il nous soit permis de faire aucune remarque sur cet espace de temps qui embrasse la première et la seconde période.

Nous nous bornerons à examiner la maladie depuis l'époque où le malade fut conduit à Charenton jusqu'à sa mort, intervalle dans lequel son état changea peu. Il était dans une démence semi-paralytique accompagnée d'une agitation assez fréquente, qui était souvent portée jusqu'à la fureur, surtout pendant la nuit; il ne lui restait qu'un très-petit nombre d'idées incohérentes, uniquement relatives aux richesses et aux grandeurs, et qui le dominaient sans cesse; il succomba à une péricardite chronique, compliquée d'un foyer purulent sur un des côtés de la poitrine. En comparant les symptômes que ce malade a présentés, à ceux qu'on a observés chez le sujet de la huitième observation, nous voyons que, chez ce dernier, l'oblitération des facultés intellectuelles et la paralysie incomplète étaient beaucoup plus considérables, les idées ambitieuses infiniment moins étendues, et qu'il n'y avait point d'agitation. Or, l'ouverture du cadavre de M. A***. rend parfaitement raison de cette différence; car, d'un côté, l'épaississement de l'arachnoïde et l'épanchement de sérosité étant moindres que dans le cas précédent, le cerveau devait être moins com-

primé, et d'un autre côté il y avait quelques points d'adhérence de l'arachnoïde à la substance grise; les vaisseaux de la pie-mère étaient beaucoup plus injectés, le cerveau était donc plus irrité. Ainsi, l'observation que nous analysons présente, comme celles que nous avons discutées jusqu'à présent, un rapport manifeste entre les lésions organiques et les phénomènes de la maladie.

X^e^. Observation.

Monomanie ambitieuse avec des accès d'agitation et de fureur; embarras de la prononciation. Six mois après, paralysie incomplète assez considérable; stupidité, qui cesse après l'application d'un moxa à la nuque; émétique à haute dose; guérison. Six mois plus tard, congestion cérébrale légère; bientôt retour du délire ambitieux; agitation continuelle; paralysie; mort à la suite d'une chute sur la tête. *Fracture du crâne; un peu de sang épanché dans l'endroit correspondant sur la dure-mère et sous cette membrane; léger ramollissement sur les lobes moyens; Méningite chronique de la convexité des hémisphères; plusieurs points d'adhérence de l'arachnoïde au cerveau; pie-mère très-injectée.*

M. Wilhem H***., capitaine d'état-major, âgé de trente-six ans, issu d'une famille saine, d'un caractère vif, bon et enjoué, avait fait la plupart des grandes campagnes. Dans le commencement de 1821, il prit chaudement à cœur une querelle qu'eut le général dont il était aide-de-camp avec un autre militaire, et se montra tout disposé à le défendre. Dans le mois d'août sa tête s'exalta; il parlait beaucoup, voulait se marier, et faire une foule d'entreprises, dont la plupart étaient inexécutables. Un jour étant à l'Opéra, il se mit à crier que l'acteur chantait mal, et qu'il allait lui montrer comment on devait s'y prendre.

Au commencement de septembre, il fut conduit chez M. Esquirol, où il resta huit jours, et ensuite chez Madame Richebraque, où il demeura trois mois. Pendant cet intervalle de temps il était dominé par des idées ambitieuses, et se croyait tantôt lieutenant-général et tantôt ministre; il était sujet à des accès de fureur, dans lesquels il brisait tout ce qui était autour de lui; il dormait peu; il était sale, avait de l'embarras dans la prononciation et un appétit vorace.

Cet état resta à-peu-près le même jusqu'au 26 décembre, où il fut conduit à la Maison royale de Charenton. A cette époque, il était exalté et parlait beaucoup de ses grandeurs et de ses richesses; il était roi, fils de Henri IV et de François Ier.; tout ce qu'il voyait lui appartenait. Passage rapide d'une idée ambitieuse à une autre; hilarité continuelle; loquacité; politesse extrême envers tout le monde; malpropreté; excrétion de l'urine involontaire; point de fureur; par momens, agitation, dans laquelle il déchire sa blouse; démarche et prononciation peu embarrassées. Pendant les cinq premiers mois de 1822, même état; diminution progressive de l'agitation.

Le 23 juin, air de stupidité; figure immobile; prononciation très-difficile; intervalles très-longs entre les mots qu'il dit; démarche très-chancelante; calme.

Le 15 juillet, même état; il se tient debout sans remuer, le tronc fortement penché à droite, les membres tremblans; difficulté plus grande de marcher; point de réponse aux questions. M. Royer-Collard lui fait appliquer deux moxa très-gros à la nuque.

Le 16, l'état de stupeur dans lequel il était a cessé; il parle et répond avec assez de facilité aux questions

qu'on lui adresse; il dit qu'on lui a bien brûlé la nuque, mais que ça lui a fait du bien.

Le 19, tronc plus penché à droite; démarche et langue très-embarrassées; retour incomplet de la stupeur; déjections involontaires.

Dans le mois d'août, M. Royer-Collard lui fit prendre pendant trois semaines environ de l'émétique à la dose de huit grains par jour : ce médicament produisit d'abord des évacuations alvines et des vomissemens; mais son effet se borna bientôt à des nausées qui tourmentaient beaucoup le malade.

Au commencement de septembre, la stupidité et la paralysie incomplète avaient beaucoup diminué, de même que le délire. Dans le mois d'octobre, retour de la raison; marche et prononciation assez faciles; nulle idée dominante; facultés intellectuelles faibles. Un mois après, il ne lui restait aucune trace de son état primitif; il causait avec beaucoup de suite, de bon sens et de calme; il désirait sortir de l'établissement pour reprendre son service, et témoignait une grande reconnaissance aux personnes qui lui avaient donné des soins; son intelligence était faible; il avait un grand appétit. Cet état dura jusqu'au mois de mars 1823.

Le 14 de ce mois, il était dans la cour de la maison lorsqu'on s'aperçut qu'il ne pouvait pas lire un livre qu'il avait sous les yeux; il ne parlait point, fermait les yeux par moment, ne pouvait point marcher, et avait la face rouge. Deux heures après, retour à son état ordinaire.

La nuit suivante, il fut agité, se leva, et, après s'être emparé adroitement de la clef de son domestique, il alla se promener dans le jardin à deux heures du matin. Les infirmiers eurent beaucoup de peine à le ramener; il se

débattit, donna des coups de pied, et l'on fut obligé de lui attacher les pieds et les mains. Le 15 mars, face rouge ; conscience de l'état dans lequel il avait été ; raison complète. (*Saignée.*)

Le 18, état d'exaltation; il parle beaucoup sans aucun embarras dans la prononciation, sans incohérence, avec plus de correction qu'à l'ordinaire et avec l'accent du contentement et de la joie ; il veut partir pour l'Espagne pour aller se battre; il va et vient sans cesse, et a une grande disposition à s'emporter.

Le 1er. avril, il crie toute la nuit, chante sans cesse, déchire sa chemise, et n'a pas un moment de repos; le matin du jour suivant il est calme. Le 4, état d'exaltation; idées ambitieuses ; il dit qu'il est chef d'escadron et qu'il va partir pour l'Espagne. On lui met une blouse, dans laquelle il lâche ses urines. Le 9, il a des millions et des milliards, qu'il distribue à toutes les personnes qu'il voit. Le 14, il tient le langage suivant : Je joue tous les instrumens du monde, je suis riche en tout, j'ai la fortune et les décorations de l'univers entier; le monde m'obéit, etc. Il chante une partie de la journée, et n'a pas un moment de repos; il est d'une malpropreté extraordinaire, et lâche ses excrémens et ses urines sans y faire attention, lors même qu'il est debout; il chancèle sur ses jambes, et se tient un peu courbé en avant; sa langue est assez libre.

Le 4 mai, cris, chants, loquacité, démarche et prononciation parfaitement libres, paroxysme de monomanie. Il me parle de la manière suivante : J'ai cent cinquante millions de rente dans tous les états; je suis l'inventeur de toutes les usines; j'administre tout l'univers; les rois et les potentats sont mes amis; je suis le

père nourricier de tous les animaux; j'ai reçu, dans le ciel, le pouvoir de ressusciter, etc.

Le 23 juin, même état; il crie et vocifère pendant la nuit, frappe à la porte, déchire sa camisole et sa blouse. Le matin, calme.

Le 5 juillet, ayant les mains attachées, il est renversé sur un escalier par un autre malade, et se fait une plaie profonde à la tête, derrière la tempe droite : on le relève à-peu-près sans connaissance (*saignée du bras*); retour du sentiment. Le soir, lavement purgatif, tisane d'orge avec crême de tartre. Le 6 matin, à la visite, M. Royer-Collard prescrit une saignée du pied.

Le 6 à dix heures, face rouge; yeux fermés; grimaces de temps en temps, consistant en des contractions des paupières et des joues, se manifestant toutes les fois qu'on lui parle; point de réponse aux questions; il fait des efforts pour tirer la langue lorsqu'on le lui demande, mais il ne peut y arriver; vomissemens; déglutition difficile; pouls fréquent; peau très-chaude. La nuit suivante, insomnie, loquacité.

Le 7, point de connaissance; respiration profonde et bruyante. Le soir, nouvelle saignée du bras; sinapismes aux cuisses. Le 8, retour complet de la connaissance; il entend ce qu'on lui dit et répond assez juste. Le 10, loquacité, cris, emportemens contre ses infirmiers. Le 11, calme, pâleur, point d'embarras dans la prononciation.

Le 20, pâleur plus considérable de la face et de tout le corps; respiration fréquente, profonde et haletante; moiteur aux mains; pouls fréquent; difficulté d'avaler. Deux heures après, râle et mort.

Ouverture du cadavre. — Etat extérieur. Embonpoint musculaire et graisseux assez considérable.

Crâne. Après avoir enlevé le cuir chevelu, on voyait, sur la tempe droite, une fracture qui traversait la portion écailleuse du temporal, et se terminait en haut vers l'articulation de cet os avec le pariétal, et en bas auprès du rocher. Cette fracture linéaire se réunissait à une autre petite d'un pouce de longueur.

Sous le crâne, la dure-mère était détachée du temporal dans l'étendue de quatre à cinq pouces; cet intervalle était rempli par du sang caillé et noirâtre, qui pouvait s'élever à une once. La surface interne de la portion correspondante de la dure-mère était couverte d'une couche légère de sang noirâtre, de même que la fosse temporale interne. On voyait sur la partie moyenne externe du lobe moyen droit un endroit brunâtre de trois à quatre lignes de longueur, dans lequel la substance grise des circonvolutions était ramollie à la profondeur d'une ligne. On remarquait sur le lobe moyen gauche cinq à six endroits d'un quart de pouce chacun, ayant une couleur d'un brun jaunâtre, entremêlée de points noirs formés par un mélange de sang et de substance cérébrale ramollie dans l'étendue de trois quarts de ligne de profondeur; un de ces points était placé à la partie postérieure du lobe antérieur gauche. L'arachnoïde de la base du cerveau était saine.

Sur toute la surface des hémisphères l'arachnoïde était épaissie et très-légèrement opaque; mais cet épaississement n'était pas assez considérable pour qu'on pût suspendre le cerveau à un de ses lambeaux. Sur l'hémisphère droit l'arachnoïde avait contracté huit à neuf points d'adhérence à la substance grise, et en détachant cette membrane on enlevait une couche de la substance du cerveau : il restait alors une surface qui ressemblait à une petite ulcération. Les points d'adhérence

avaient depuis une ligne jusqu'à trois quarts de pouce d'étendue : leur surface était un peu rougeâtre. Sur l'hémisphère gauche on remarquait seulement un ou deux points d'adhérence. La pie-mère était très-injectée dans toute l'étendue où l'arachnoïde était épaissie.

Les circonvolutions avaient une couleur très-pâle. Le cerveau était assez consistant.

Thorax. A l'ouverture du côté droit de la poitrine, il s'exhala une odeur très-fétide, analogue à celle de la gangrène : ce côté contenait une pinte environ d'un liquide d'un blanc grisâtre, d'un aspect homogène et d'une consistance crèmeuse; il avait la plus grande ressemblance avec le pus du tissu cellulaire. La surface du poumon était adhérente, dans quelques points, aux parois pectorales : partout ailleurs elle était recouverte, ainsi que la face interne de la plèvre costale, d'une couche assez épaisse d'albumine purulente et peu consistante. Après avoir détaché le poumon, on voyait, sur la portion de sa surface, qui était adhérente, une ouverture d'un demi-pouce, qui conduisait à une cavité vide, d'un pouce environ de profondeur, creusée dans l'épaisseur du poumon. La portion correspondante de la plèvre présentait une petite quantité de pus consistant. Le poumon droit était rouge, injecté, cependant encore crépitant dans la plus grande partie de son étendue. Le poumon gauche était adhérent, par son bord postérieur, aux parois pectorales. Le cœur était mou et flasque; ses parois se laissaient facilement pénétrer par le doigt; sa cavité gauche était plus vaste que la droite.

Abdomen. Estomac dilaté; sa membrane muqueuse offrant çà et là des plaques irrégulières d'un rouge obscur, inégal et peu foncé. Les autres organes sains.

Réflexions. Nous examinerons successivement les deux époques remarquables que cette observation nous présente : l'une qui s'étend depuis l'invasion jusqu'à la guérison, et l'autre depuis la rechute jusqu'à la mort.

Le début de la maladie ne fut point précédé d'une attaque de congestion ; mais il est probable qu'il y aura eu quelques étourdissemens, peut-être passagers, dont on ne se sera point aperçu : il est possible aussi que le délire soit survenu immédiatement après l'afflux de sang vers la tête, comme nous en avons déjà vu plusieurs exemples. Quoi qu'il en soit, il y avait, dans les premiers temps, une agitation maniaque souvent violente, un délire ambitieux et un embarras dans la prononciation et la démarche, qui variait sans cesse pour le degré. Il survint ensuite un état de stupeur qu'un moxa à la nuque fit cesser, et qui reparut quelque temps après, avec une augmentation de la paralysie. A cette époque, huit grains d'émétique par jour, qu'on lui administra pendant trois semaines, dissipèrent tous les symptômes et ramenèrent la raison.

Quelle explication peut-on donner de ces phénomènes? Nous les attribuons tous soit à l'irritation de l'arachnoïde, soit à la congestion sanguine de la pie-mère : celle-ci a augmenté vers la fin de la période que nous examinons, et a déterminé l'état de stupeur qu'elle nous a présenté. Si ce phénomène avait dépendu d'une exhalation abon-

dante de sérosité, il n'aurait pas cessé si rapidement après l'application du moxa, comme nous le prouveront tous les faits qu'on lira plus tard ; d'un autre côté, si la paralysie avait dépendu de cette dernière cause, aurait-elle été si variable? aurait-elle disparu après l'administration de l'émétique? Nous verrons plus loin que la paralysie qui résulte d'une accumulation de sérosité, au lieu de diminuer, augmente graduellement.

Cette observation nous offre un exemple frappant et non contestable de guérison d'une congestion cérébrale par l'usage de l'émétique à haute dose et long-temps continué.

La seconde époque de l'observation que nous analysons est très-remarquable par son début. Le malade jouissait depuis cinq mois de sa raison lorsqu'il tomba tout-à-coup dans un état où il ne pouvait ni parler ni marcher, et avait la face rouge. On reconnaît à ces caractères une attaque de congestion cérébrale, qui n'a pas été assez intense pour priver le malade de sa connaissance. Le lendemain il y avait de l'agitation, et le troisième jour un délire ambitieux qui augmenta rapidement. A quelles lésions peut-on attribuer ces phénomènes, sinon à l'injection de la pie-mère et à l'irritation de l'arachnoïde? Ce n'est pas, sans doute, à un épanchement de sérosité; car, à l'ouverture du cadavre, on n'en a trouvé ni à la surface du cerveau, ni dans ses cavités, tandis que la pie-mère était fortement injectée. Les adhé-

rences de l'arachnoïde au cerveau rendent raison des paroxysmes de violence que le malade a présentés.

L'absence de sérosité explique encore pourquoi le malade avait eu souvent la démarche peu gênée et la parole toujours libre à l'époque où il fit la chute qui fut cause de sa mort.

Quant aux symptômes qui se manifestèrent depuis cet accident, ils me paraissent suffisamment éclaircis par la fracture du crâne, l'épanchement de sang sur la dure-mère et sous cette membrane, et par le ramollissement superficiel des deux lobes cérébraux.

Nous ne devons point terminer nos réflexions sur cette observation, sans faire remarquer un fait que les observations précédentes nous ont déjà présenté plusieurs fois; je veux parler de l'obscurité que les maladies cérébrales et, en particulier, la méningite chronique, jetent sur les autres affections dont les malades peuvent être atteints. Sur quatre chez lesquels l'autopsie nous a montré une pleurésie chronique, la maladie n'a été reconnue qu'une fois.

La plèvre aurait-elle plus de tendance que les autres organes à s'enflammer chez les individus affectés de méningite chronique? Les observations dont nous venons de parler tendraient à le faire penser. Nous reviendrons plus tard sur cette question.

XIᵉ. Observation.

Maux de tête violens ; joie extraordinaire ; monomanie ambitieuse avec agitation. Bientôt après, manie avec idées dominantes de grandeur et d'opulence ; actes de violence ; nulle trace de paralysie. Quelques mois après, démence avec paralysie incomplète. *Méningite chronique intense de la convexité des hémisphères et des ventricules ; beaucoup de sérosité à la base du crâne, dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules latéraux.*

M. Jean L***., négociant, âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très-robuste, d'un caractère vif, très-emporté, mais bon, était sujet depuis long-temps à des maux de tête très-violens. Il avait fait beaucoup d'excès vénériens, et l'on soupçonna qu'une des femmes avec lesquelles il avait des relations lui avait fait avaler, peu de temps avant le début de l'aliénation, une potion où entraient des cantharides. Il venait d'hériter de vingt mille livres de rente, événement qui lui donna une joie extraordinaire, lorsqu'on s'aperçut de quelques signes d'aliénation vers le commencement d'avril 1820. Mais un mois après, le délire ne fut plus équivoque : il était dans un état de monomanie ambitieuse. Il commença par faire vingt-trois billets de 600 fr. chacun à une femme avec laquelle il vivait. Peu de jours après, il devint beaucoup plus libéral ; il donna à une personne dix millions de rente, à une autre vingt, et à une troisième trente. Dans les premiers jours, il ne possédait que la ville d'Angoulême ; bientôt toutes les villes par où il passait firent partie de son domaine ; enfin l'univers tout entier finit par être à lui, et il ne se décida à quitter sa maison que parce qu'il croyait qu'on le conduisait chez une princesse qu'il allait épouser. Il était très-exalté

et parlait beaucoup. Par momens passagers, il reconnaissait qu'il était malade, désirait guérir, et parlait d'une manière sérieuse et assez raisonnable.

Le 28 mai 1820, il fut conduit à Charenton. Pendant le voyage il fut agité; il égratigna et frappa son fils. Il était dans une érection continuelle, et il voulut prendre une fille de force. Avant son départ, on lui avait d'abord appliqué des sangsues à l'anus et ensuite pratiqué deux saignées aux pieds. Il avait un très-bon appétit.

Le jour de son entrée, il avait la face rouge et dans une agitation presque convulsive; il parlait beaucoup, et avec une grande exaltation, de ses richesses et de ses grandeurs; il ne pouvait pas rester un seul instant à la même place; il chantait, criait, parlait à haute voix, et se mettait en fureur lorsqu'on cherchait à empêcher ses extravagances; il frappa et mordit deux infirmiers qu'on avait chargés de lui mettre la camisole. On ne remarquait chez lui aucun signe de paralysie incomplète. Il resta quelques mois dans cet état : l'agitation fut plusieurs fois portée jusqu'à la fureur. Après cette époque, il survint du calme; mais les facultés s'affaiblirent et la démarche commença à devenir chancelante. Plus tard, le malade tomba dans un état de stupidité; il ne parlait point, errait çà et là dans les cours de l'hospice, se tenait mal sur ses jambes, et lâchait involontairement ses urines, ce qui obligea de lui ôter ses vêtemens pour lui mettre la blouse.

Dans les trois derniers mois de 1821, il y eut un dévoiement opiniâtre que rien ne put arrêter, et qui tantôt augmenta et tantôt diminua, sans jamais cesser complètement; les évacuations étaient fétides; il y avait une faim dévorante; l'agitation était continuelle : on ne pou-

vait le contenir qu'en l'attachant sur un fauteuil avec une camisole.

Dans les premiers jours de janvier 1822, continuation du dévoiement, qui est très-abondant et entièrement liquide; faim insatiable, qui le porte à demander sans cesse à manger; amaigrissement général; agitation très-violente et continuelle; il remue sans relâche sur le fauteuil où il est attaché, crie, chante, vocifère et parle de ses dignités et de ses richesses; il a cent mille millions de milliards; tout lui appartient; il a fait tout le monde; il a tout créé, etc. : ce sont là les uniques idées qui l'occupent; elles sont très-bornées et incohérentes. Il prononce d'une manière assez distincte, mais il bégaye en prononçant certains mots; il se soutient difficilement sur ses jambes.

Au commencement de février, facultés presque entièrement oblitérées, peu d'agitation, affaiblissement très-marqué. Le 10, infiltration considérable des membres inférieurs, des parois abdominales et des bourses, prostration. Le 13 soir, augmentation de cet état, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Infiltration considérable des membres inférieurs, des parties génitales, des parois abdominales et de la face.

Crâne. Légère quantité de sérosité épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Sur toute la convexité des hémisphères jusqu'à la base du cerveau, cette membrane est blanchâtre, laiteuse et opaque, beaucoup plus dans certains points que dans d'autres; elle est soulevée par la sérosité épanchée sous elle, ce qui lui donne un aspect gélatineux; on la détache avec la plus grande facilité de la surface encéphalique; elle a une épaisseur considérable et ressemble assez au parchemin détrempé dans

l'eau; il faut assez de force pour la déchirer, et lorsqu'on en sépare un morceau, on parvient à soulever presque entièrement la masse encéphalique par ce moyen. A la base du crâne, l'arachnoïde conserve sa ténuité et sa transparence.

Sous l'arachnoïde épaissie, la pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité, amassée plus abondamment au niveau des anfractuosités que sur les circonvolutions; elle est pâle et décolorée. Les ventricules sont pleins de sérosité; l'arachnoïde qui les revêt est épaissie, susceptible d'être séparée de leur surface en la tirant avec précaution, et couverte de granulations extrêmement ténues. Cinq à six onces environ de sérosité sont épanchées à la base du crâne. L'encéphale est ferme. Les membranes du cervelet sont entièrement saines.

Thorax. Le poumon droit sain. Demi-pinte environ de sérosité dans la cavité pectorale de ce côté. Poumon gauche adhérent à la poitrine, gorgé de sang, rétréci, présentant vers sa base et en devant quelques tubercules très-gros et agglomérés.

Cavité abdominale. Estomac offrant une couleur brunâtre. Les intestins grêles paraissant, au toucher, beaucoup plus épais et plus lourds que dans leur état naturel: leur membrane muqueuse considérablement épaissie, boursoufllée dans toute son étendue, offrant une rougeur inégale, assez vive dans certains points, légère dans d'autres, couverte de mucosités abondantes, épaisses et blanchâtres. La muqueuse du gros intestin très-peu altérée. Les ganglions mésentériques engorgés, ayant un volume qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Réflexions. Cette observation nous présente

d'abord un fait qui la distingue de toutes celles que nous avons examinées jusqu'à présent, c'est que pendant les quatre premiers mois le malade n'a présenté aucune espèce de paralysie incomplète de la langue ou des membres inférieurs. Quoique ce fût le premier cas de ce genre qui se fût offert à nous, le délire ambitieux était si étendu et si dominant, l'agitation avait une forme telle, que nous soupçonnâmes dès-lors que le malade était atteint d'une méningite chronique. Un de nos amis, M. le docteur Roberts-Roche, à qui nous fîmes part de notre opinion sur la marche ultérieure de la maladie, la regarda comme sans aucune espèce de fondement; mais il fut très-étonné quand il vit survenir la paralysie que nous lui avions annoncée trois mois avant son apparition.

D'où pouvait dépendre l'absence de ce dernier phénomène pendant les premiers temps de la maladie? Nous l'attribuons à ce que l'irritation de l'arachnoïde l'emportait beaucoup, chez M. L***., sur la congestion sanguine de la pie-mère, d'où il résultait que cette dernière affection, suffisante pour concourir à produire le délire ambitieux, n'était pas assez intense pour déterminer la paralysie incomplète et générale, et que le cerveau, n'obéissant qu'à la vive irritation dont il était le siége, occasionait seulement un désordre général du système musculaire, manifesté au-dehors par la loquacité, l'agitation et la fureur.

Après cette première époque, la sérosité com-

mença à s'infiltrer dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère, ou à s'exhaler dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules, comme nous le démontrent l'affaiblissement des facultés intellectuelles et le commencement de la paralysie incomplète, qui ne tarda pas à faire des progrès.

Plus tard, l'irritation de l'arachnoïde se renouvela à un degré plus intense qu'auparavant, ainsi que la congestion de la pie-mère : aussi l'agitation et les idées ambitieuses reparurent; mais la paralysie incomplète ne fut jamais aussi considérable qu'aurait pu le faire soupçonner le degré d'épaississement de l'arachnoïde, ainsi que la quantité de sérosité épanchée ou infiltrée. Cette circonstance pouvait dépendre soit de l'idiosyncrasie, soit de ce que le cerveau, placé entre deux causes, dont une était irritante et l'autre comprimante, obéissait plus à la première qu'à la seconde. C'est de cette manière qu'on peut expliquer pourquoi la paralysie incomplète est, en général, infiniment plus marquée dans les momens de calme que dans ceux d'agitation.

On se demande peut-être pourquoi, les idées ambitieuses ayant persisté très-long-temps, la pie-mère, à l'autopsie, a paru pâle et décolorée; mais on expliquera facilement ce fait, si l'on remarque que, dans les derniers temps de la vie, la sérosité, exhalée en grande quantité, a dû masquer ou même faire disparaître en partie l'injection de la pie-mère.

XIIe. Observation.

Congestion cérébrale subite; monomanie ambitieuse; agitation continuelle non violente; gêne dans les mouvemens. Peu de temps après, manie violente; paralysie incomplète très-manifeste dans les momens de rémission. Plus tard, attaque de congestion; démence; idées ambitieuses dominantes; paralysie incomplète plus considérable; mort par asphyxie. *Méningite chronique de la convexité des hémisphères et des ventricules; beaucoup de sérosité à la base du crâne, dans les ventricules latéraux et le canal rachidien; plusieurs adhérences de l'arachnoïde au cerveau; pie-mère rouge et très-injectée; ouverture du larynx remplie d'alimens.*

M. V***., colonel à la demi-solde, âgé de quarante-huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très-forte, avait éprouvé pendant vingt ans les fatigues et les privations de la guerre. Les événemens politiques de 1815, en détruisant ses espérances, l'affectèrent profondément. Rentré dans sa famille après avoir été licencié, il passa de l'agitation des armes au repos de la vie civile: il se livra bientôt à des réflexions tristes sur sa position, et devint rêveur, sombre et hypocondriaque.

Le 30 avril 1818, congestion cérébrale subite; il éprouve des vertiges, et, peu de temps après, des illusions optiques et acoustiques, et des mouvemens spasmodiques dans les membres; les facultés de l'entendement se dérangent; un délire exclusif et ambitieux se manifeste. (*Sangsues à l'anus; pédiluves sinapisés; boissons délayantes et nitrées.*) Le trouble de l'intelligence augmente graduellement, et le 26 juin le malade entre à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant: Il est le fils de Dieu, le major-général des armées françaises; toutes les personnes qui l'entourent sont de grands

personnages; il est appelé à construire un nouveau paradis, etc. Ces idées le dominent et sont sans cesse dans sa bouche; il parle beaucoup et sans suite, ne reste pas un moment à la même place, court, se promène dans les cours et les corridors, entre dans les chambres des autres malades, en sort avec la même promptitude, ne se repose pas un moment; gêne marquée dans la langue et les membres inférieurs.

Il reste un mois environ dans cet état. Dans les quatre mois suivans, augmentation de ces symptômes; agitation extrême et continuelle; il passe des heures entières dans une cour ou un corridor, poussant des cris et des vociférations, se livrant à mille extravagances; ses mouvemens sont extrêmement vifs et paraissent déterminés, en quelque sorte, par une puissance étrangère à lui, qui enchaîne sa volonté; sa face change à chaque instant de caractère et a quelque chose de convulsif; souvent il se couche par terre, se roule dans la boue, se place sous les égouts, entre dans les latrines, où il se couvre d'ordures, etc.; il passe rapidement d'un objet à un autre, qui n'a aucune relation avec celui qui a précédé; le plus souvent il n'est pas violent; il a quelquefois des accès de fureur, pendant lesquels il déchire ses vêtemens, brise son lit et tout ce qui lui tombe sous la main. Une incohérence générale règne dans son esprit, qui est dominé par des idées ambitieuses, qui se succèdent sous des formes très-variées et sans aucune liaison. Il est roi, général, empereur, Jésus-Christ, Dieu; il a toutes les richesses du monde. Il n'y a aucun moyen de fixer son attention : étranger à tout ce qui l'entoure, le plus souvent il ne répond pas aux questions qu'on lui fait.

Sa voix est forte et rauque; sa parole a quelque chose

de gêné; mais dans les momens où l'agitation diminue, la langue est très-embarrassée, la prononciation difficile.

Il a eu une attaque de congestion cérébrale, avec perte subite du sentiment et du mouvement. (*Quinze sangsues au cou; lavement purgatif; sinapismes aux pieds.*) Au bout de peu de temps, retour des sensations, aphonie, mouvemens des membres très-difficiles. Deux jours après, agitation nouvelle, même délire, paralysie incomplète augmentée.

L'agitation diminue ensuite peu-à-peu; le délire maniaque fait place à un état de démence. Le 22 janvier 1819 il est dans l'état suivant: Figure hébêtée et terne; air de stupidité; le plus souvent pas de réponse aux questions qu'on lui fait, ou bien réponses monosyllabiques; sensations très-obtuses; calme apathique et silencieux; il reste dans un coin ou s'assied autour du poële, sans faire le moindre mouvement; tout indique, chez lui, l'inactivité la plus complète de l'entendement. Il a, par momens, des paroxysmes d'agitation, dans lesquels il parle beaucoup et déchire ses vêtemens; ses idées sont très-incohérentes et ambitieuses; il est Jésus-Christ, fils de Dieu; son père nourrit toute l'Europe; il a pris la voiture de Jésus-Christ dans une procession; il est immensément riche; il a soixante-dix caisses pleines d'or, des manteaux de la plus grande beauté; il a été sept fois au ciel; il a quarante maisons bâties en or, etc., etc. Sa langue est très-embarrassée; sa prononciation lente et bégayée; sa progession difficile; ses excrétions involontaires; il est d'une malpropreté très-grande, se cache souvent dans les latrines, ou se plaît à se vautrer dans les excrémens; il a beaucoup d'embonpoint, mange beaucoup et avec voracité. Au reste, intégrité parfaite des autres fonctions nutritives.

Le 2 février, agitation, cris, pleurs, plaintes d'être attaché, insomnie. Le 8, un peu plus de calme; il marmotte entre ses dents et à voix très-basse des mots confus, ne répond pas aux questions qu'on lui fait, et, après des instances réitérées, il dit qu'il ne peut rien écouter, parce qu'il est en conversation avec toute la terre, et qu'il perdrait la chaîne s'il s'arrêtait. Au reste, mêmes symptômes de paralysie incomplète et de démence; oblitération des affections morales; indifférence pour tous ses parens.

Point de changement dans le mois de mars. Le 1er. avril, même état avec exaltation; les mots de maisons d'or, de voitures d'or, de diamans, etc., etc., se succèdent sans interruption dans sa bouche.

Le 9, démarche très-chancelante; chutes fréquentes; langue si embarrassée, qu'il articule très-peu de mots d'une manière intelligible; parole tremblante; mêmes idées; nul signe d'affection pour son fils, qu'il reconnaît.

Dans les deux mois suivans, accroissement des symptômes; nulle réponse aux questions; taciturnité ou quelques paroles incohérentes et ambitieuses de temps en temps; impossibilité de marcher et de se soutenir sur ses jambes; déjections involontaires; pâleur générale; diminution des forces; faim continuelle : on le tient attaché sur un fauteuil. Le 16 juillet, il s'asphyxie en mangeant.

Ouverture du cadavre. — Embonpoint musculaire et graisseux. Pharynx rempli de matières alimentaires, qui compriment l'épiglotte et l'appliquent exactement sur l'ouverture du larynx. Beaucoup d'alimens dans les ventricules de cette cavité; quelques fragmens dans la trachée-artère.

Tête. Réplétion du système veineux de la dure mère

et du diploé. Épanchement de beaucoup de sérosité à la base du crâne, dans les ventricules latéraux et dans le canal rachidien. Quelques granulations sur la surface libre de l'arachnoïde. Sur les hémisphères cérébraux, épaississement considérable de cette membrane, lequel permet de la séparer avec facilité de la surface encéphalique, avec laquelle elle a contracté des adhérences dans plusieurs points, et surtout du côté droit, opacité, couleur blanchâtre, augmentation considérable de ténacité et de résistance, adhérence intime à elle-même dans la grande scissure. Pie-mère rouge, très-injectée, un peu infiltrée de sérosité. Arachnoïde ventriculaire plus épaisse et plus dense que dans l'état naturel, recouverte d'une multitude de granulations très-sensibles au toucher, surtout dans le quatrième ventricule et sur les parois du *septum lucidum*.

Thorax. Point d'altération des organes qu'il renferme.

Cavité abdominale. La membrane muqueuse de l'estomac offrant une rougeur grisâtre, non uniforme et un peu d'épaississement. La vésicule du fiel contenant trois calculs de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les autres viscères sains.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous offre le type de la marche que suit ordinairement la méningite chronique, lorsqu'on a pu avoir des renseignemens précis sur tout son cours. On y remarque trois périodes distinctes, qu'on pourrait désigner sous les noms de périodes de monomanie, de manie et de démence. A chacune de ces époques de la maladie, correspondent des altérations organiques, qui les expliquent d'une manière satis-

faisante, comme nous le montre l'autopsie cadavérique.

Ainsi au début, *injection subite de la pie-mère; irritation légère de l'arachnoïde, et par conséquent du cerveau;* symptômes de congestion cérébrale, suivis d'une monomanie ambitieuse.

A la seconde période, *augmentation de l'inflammation de l'arachnoïde; formation de plusieurs points d'adhérence de cette membrane au cerveau; congestion de la pie-mère augmentée consécutivement;* agitation continuelle, incoercible, aveugle et souvent très-violente, manifestée par des cris, des chants, des vociférations, de la loquacité, un changement continuel de place et des actes de fureur (1); idées ambitieuses gigantesques et extravagantes, complètement incohérentes et dominant sans cesse le malade.

Le passage de la seconde à la dernière période est marqué par une forte attaque de congestion cérébrale avec perte subite du sentiment et du mouvement, qui cesse au bout de quelque temps par l'emploi simultané de sangsues au cou, de sinapismes aux pieds et d'un lavement purgatif.

A cette troisième période, *diminution très-considérable de l'inflammation de l'arachnoïde; augmentation de l'injection sanguine de la pie-mère; légère*

(1) Les convulsions qui se manifestèrent après l'attaque de congestion dont le malade fut atteint vers le début de la maladie, dépendaient probablement aussi de l'inflammation consécutive de la surface du cerveau, mais bornée à une très-petite étendue.

infiltration séreuse de cette membrane ; épanchement de sérosité à la base du crâne, dans les ventricules et dans le canal rachidien. Le plus souvent, état de calme; de temps en temps paroxysmes d'agitation avec des idées ambitieuses dominantes ; affaiblissement extrêmement considérable des facultés intellectuelles avec les mêmes idées ; prononciation très-embarrassée ; difficulté et ensuite impossibilité de se soutenir sur ses jambes ; déjections involontaires.

On a dû remarquer, dans cette observation, un fait sur lequel nous avons déjà attiré l'attention, c'est que les symptômes semi-paralytiques par lesquels la congestion sanguine de la pie-mère se manifeste, sont peu marqués ou même n'existent pas lorsque l'arachnoïde est assez vivement enflammée pour irriter fortement le cerveau et donner lieu à une agitation considérable ; mais l'embarras de la langue et des membres ne tarde pas à se montrer lorsque le calme s'est plus ou moins rétabli.

Cette dernière circonstance dépend sans doute d'une diminution de l'inflammation de l'arachnoïde. Alors le cerveau n'étant plus ou étant beaucoup moins irrité, ne donne lieu à d'autres phénomènes que ceux qui résultent de la compression qu'il éprouve.

XIIIe. Observation.

Attaque de congestion; monomanie ambitieuse. Quelques mois après, embarras dans la prononciation; ensuite agitation avec prédominance d'idées de grandeur et d'opulence; démarche gênée. Plus tard, démence; facultés extrêmement faibles; paralysie incomplète très-considérable; escarres sur diverses parties. *Méningite chronique très-intense des hémisphères et des ventricules; une grande quantité de sérosité à la base du crâne, et surtout dans le tissu de la pie-mère, qui est rouge; ventricules distendus par le même liquide.*

M. Jacques-Nicolas E***., capitaine d'infanterie en retraite, âgé de soixante-deux ans, d'une constitution forte, replète et ayant tous les caractères de celle qu'on appelle apoplectique, d'un caractère vif, emporté et violent, était le fils d'une mère qui mourut dans un état de démence avec paralysie : un de ses cousins avait été aliéné. Il avait toujours fait des excès de boissons.

Vers la fin de mars 1818, il fut atteint d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté droit. Depuis cette époque, le mouvement du côté paralysé se rétablit progressivement, mais les facultés intellectuelles se dérangèrent et s'affaiblirent graduellement; il survint un délire partiel, caractérisé par des idées de grandeur et de fortune, qui dominaient sans cesse le malade : il était persuadé qu'il avait d'immenses richesses, qu'il était un personnage très-puissant, et que le roi allait lui envoyer une couronne enrichie de diamans pour le récompenser de ses bons services; il donnait des emplois aux uns, distribuait des décorations aux autres, etc. Il était habituellement doux et tranquille; mais la plus légère contrariété suffisait pour le jeter dans un état d'agitation et de fureur. (Le traitement qu'on lui prescrivit consista

en *une application de sangsues à l'anus, de sinapismes aux pieds et d'un vésicatoire au bras.*)

Vers le commencement d'août, la langue devint très-embarrassée; le malade était dans un assoupissement continuel; il avait un appétit très-vif et mangeait beaucoup; dans quelques momens passagers, il avait la conscience de son état et répondait juste aux questions qu'on lui faisait.

Ces symptômes continuèrent jusqu'au 24 septembre 1818, époque où il entra à la Maison royale de Charenton. Il était alors dans un état d'agitation sans violence; il parlait continuellement et avec peu de suite de sa fortune et de ses grandeurs; mais son délire ambitieux augmenta graduellement. Ainsi, à l'époque de son arrivée il se disait maréchal-de-camp et revêtu de tous les ordres de France. Au bout d'un mois, il était maréchal, ministre de la guerre, etc.; il possédait plusieurs millions de fortune. Sans cesse dominé par ces idées, il n'avait pas un moment de repos; il parcourait rapidement tous les corridors de son quartier, sans faire beaucoup d'attention à tout ce qui se passait autour de lui; sa figure exprimait la joie et le contentement le plus complet; sa prononciation était gênée, mais il pouvait articuler presque tous les mots; sa démarche était sensiblement embarrassée.

Le 4 janvier 1819, les facultés étaient beaucoup plus faibles; l'agitation avait diminué; les idées ambitieuses étaient plus gigantesques. Le malade était duc de Bourbon, prince Oscar, empereur et roi des Français; il avait des millions et des milliards; il ne pouvait pas compter ses diamans; ses armées étaient innombrables. Il marchait en tremblant, prononçait avec beaucoup de peine et en

bégayant; tous ses mouvemens étaient lents et faibles; il lâchait involontairement ses excrémens et ses urines, et l'état habituel de malpropreté dans lequel il était avait déterminé à remplacer ses vêtemens par une blouse de toile, ce qui ne l'empêchait pas de penser au faste et à la magnificence; il avait un goût particulier pour les ordures les plus dégoûtantes; il aimait à se vautrer dans les latrines, et il lui arrivait quelquefois de manger ses excrémens et de boire son urine. Toutes ses fonctions nutritives s'exerçaient très-régulièrement.

Le 31, œdème de la face et des pieds; impossibilité de se soutenir sur ses jambes. Depuis quelque temps il s'est formé quatre escarres gangréneuses de la largeur de la main, une au sacrum, deux sur les grands trochanters, et la quatrième sur l'épine du dos, dans la région lombaire; elles rendent beaucoup de pus, et le pansement en est si douloureux, que le malade en éprouve des lipothymies. Cependant, malgré ses souffrances, il répond toujours qu'il se porte bien, et ne parle que de ses trésors et de ses dignités; mais ses forces s'affaiblissent et ses facultés s'éteignent : il est dans une sorte de stupidité. Quelques jours après, il ne répond plus aux questions qu'on lui fait.

Le 7 février, il est très-mal; l'agitation a entièrement cessé : il ne fait aucun mouvement et ne profère aucune parole; cependant il avale bien les alimens liquides qu'on lui présente. Le soir de cette journée, face pâle, yeux éteints, respiration stertoreuse, et mort.

Ouverture du cadavre. — Habitude extérieure. Cadavre dans un état d'obésité extrême; quatre plaies noires, gangréneuses et très-fétides, l'une plus large que les deux mains réunies, occupant la région sacrée, et

les autres moins étendues, situées sur les grands trochanters et sur l'épine du dos.

Crâne. Il y avait un peu de sérosité épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde. Les deux portions de cette dernière membrane qui recouvrent la face interne des hémisphères étaient adhérentes le long de la grande scissure. Une assez grande quantité de sérosité était épanchée à la base du crâne; il s'en écoulait également du canal vertébral. Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde était opaque et offrait des plaques blanchâtres : elle était très-épaissie et si résistante, qu'après en avoir détaché un lambeau d'une manière incomplète, on pouvait, par son moyen, soulever la masse cérébrale, sans qu'il se déchirât : cette membrane résistait beaucoup aux tiraillemens qu'on exerçait sur elle, et criait sous l'instrument. La pie-mère, qui lui est subjacente, était rouge et infiltrée d'une si grande quantité de sérosité, qu'elle s'écoulait de toutes parts et tombait dans les anfractuosités. A la base du cerveau et sur le cervelet l'arachnoïde était peu altérée.

Les ventricules latéraux, le ventricule moyen, celui du cervelet et celui du *septum lucidum*, étaient distendus par la sérosité. L'arachnoïde qui revêt ces cavités était épaissie, résistante, et l'on pouvait facilement la détacher de leur surface : elle était recouverte (excepté dans le cinquième ventricule) de granulations très-apparentes et sensibles au toucher. La substance encéphalique était très-ferme et très-injectée; mais elle n'offrait aucune altération notable. Les artères vertébrales présentaient quelques points osseux à leur entrée dans le crâne.

Thorax. Les poumons étaient sains; le gauche était

adhérent aux parois pectorales. Le cœur et les gros vaisseaux étaient recouverts d'une couche considérable de graisse. Le ventricule droit contenait beaucoup de sang noir très-fluide, dans lequel on voyait quelques bulles d'air.

Abdomen. La cavité péritonéale contenait une petite quantité de fluide séreux. La membrane muqueuse gastrique était saine dans toute son étendue, excepté autour du pylore, où elle présentait une couleur brunâtre, une épaisseur et une résistance considérables. La vésicule biliaire était remplie par un calcul cylindrique de deux pouces de long sur un demi-pouce de large, et recouvert de mucosités très-épaisses. Les autres organes étaient sains.

Réflexions. Il y a entre cette observation et celle qui la précède une analogie tellement frappante, que toutes les remarques que nous avons faites sur l'une peuvent s'appliquer entièrement à l'autre : il serait inutile et fastidieux de les renouveler. Nous nous bornerons donc à comparer ces deux faits et à expliquer les différences qu'ils nous présentent.

Chez le premier malade, l'agitation de la seconde période était beaucoup plus violente que chez celui-ci : aussi nous avons vu qu'il y avait dans l'un des adhérences de l'arachnoïde au cerveau, qui n'existaient pas dans l'autre.

Dans la troisième période, l'individu qui fait le sujet de la dernière observation était dans un état de paralysie incomplète extrêmement considérable;

il ne pouvait plus ni parler, ni se mouvoir; ses facultés étaient entièrement oblitérées; il s'était formé, de plus, des escarres sur différentes parties, ce qui nous montre jusqu'à quel point la sensibilité était diminuée. Ces symptômes étaient beaucoup moins prononcés dans l'avant-dernière observation; mais l'épanchement séreux n'était pas très-considérable, tandis que, dans le dernier cas, il était porté au plus haut degré; ce qui nous rend parfaitement raison des phénomènes observés dans cette troisième période.

XIVe. OBSERVATION.

Monomanie ambitieuse; bientôt après, manie avec incohérence complète dans les idées, et une agitation violente qui dure plus de quinze mois. Plus tard, démence avec oblitération presque complète des facultés; paralysie générale; mort par suite d'une double pleuro-pneumonie latente. *Méningite chronique de la convexité des hémisphères et des ventricules; sérosité dans ces cavités, à la base du crâne et dans le tissu de la pie-mère; cette membrane injectée; quelques adhérences de l'arachnoïde au cerveau.*

M. Charles-Jacques S.-J***., ancien employé de l'octroi, âgé de cinquante-sept ans, d'une constitution très-robuste, avait toujours joui de la raison. Un de ses fils, âgé de trente-trois ans, est depuis l'enfance dans un état d'imbécillité. Il s'était toujours renfermé dans les devoirs de sa place et dans les soins dus à sa famille, lorsque ses opinions politiques, qui avaient toujours été très-prononcées en faveur de la famille régnante, prirent un caractère d'exagération très-marqué. La moindre opposition l'irritait, et depuis un an son caractère et ses

habitudes étaient changés; il avait perdu sa gaîté ordinaire, et était triste et rêveur.

Vers le commencement de juin 1821, le délire débuta tout-à-coup par des idées extravagantes de grandeur et d'opulence; il était souverain, faisait des ducs et des barons, avait des richesses immenses, et répandait des grâces et des récompenses. Dès ce moment, il tomba dans une agitation violente; il déchirait ses vêtemens, brisait tout ce qui l'entourait, arrachait les arbres de son jardin, etc. Quoiqu'il parlât avec la plus grande volubilité, sa langue était souvent embarrassée. On le conduisit bientôt dans la maison de Madame Richebraque, d'où il fut transféré à Charenton, le 21 juillet.

Depuis cette époque jusques vers la fin de février 1823, c'est-à-dire pendant plus de quinze mois, il resta dans l'état suivant : Face profondément altérée, dans une agitation continuelle, ses traits tirés en-dehors. Il était étranger à la plupart des choses qui se passaient autour de lui; on ne faisait aucune impression sur ses sens en lui parlant à haute voix. Lorsqu'on parvenait à lui faire tourner la tête de son côté, on n'en obtenait point de réponse; mais on changeait la série de ses divagations, en leur imprimant un caractère nouveau. Les idées se succédaient dans son esprit avec une incohérence complète et avec une rapidité extrême : toute trace de volonté était détruite chez lui; il ne cessait pas un moment de parler et de vociférer; les mots qui sortaient de sa bouche étaient un mélange confus d'allemand et de français; tantôt ils étaient articulés d'une manière distincte, tantôt ils n'étaient prononcés qu'à demi; c'étaient souvent des mots qui n'existaient dans aucune langue et que le malade fabriquait au moment même; il vomissait fréquem-

ment des injures et des blasphèmes, et poussait des cris qui ressemblaient à des mugissemens : il était dans un état d'agitation et de fureur continuelles; ses membres supérieurs et inférieurs étaient sans cesse agités de mouvemens si violens, qu'il parvenait quelquefois à déchirer la camisole et les autres liens qui le tenaient fixé sur un fauteuil en forme de chaise percée; il les étendait et les fléchissait, frappait sur le plancher, se penchait en avant, en arrière, s'abaissait, se levait, etc.; il passait presque toutes les nuits sans dormir; il avait quelquefois le dévoiement, mais il mangeait très-bien. Il eut une ophthalmie chronique très-violente qui dura long-temps et finit par disparaître entièrement.

Cet état offrit de temps en temps des rémissions légères et de courte durée, dans lesquelles le désordre de l'entendement et des mouvemens était un peu moins considérable.

Vers la fin de février 1823, face bouffie et pâle, léger œdème des pieds; calme d'assez longue durée, dans lequel les facultés sont extrêmement faibles et les idées peu nombreuses et incohérentes. Lorsqu'on lui demande comment il se porte, il répond : *Bien, mon ami,* avec un air affectueux : d'ailleurs point de raison. Langue très-embarrassée, prononciation difficile, démarche chancelante; il se promène dans les cours vêtu d'une blouse. Cet état est fréquemment interrompu par des paroxysmes d'agitation et de fureur, dans lesquels il vocifère et déchire sa blouse.

Vers le milieu d'avril, état continuel de calme; réponses monosyllabiques aux questions; facultés presque oblitérées; taciturnité lorsqu'on ne lui parle point; idées très-bornées et incohérentes; démence complète; para-

lysie générale et incomplète; parole très-embarrassée; prononciation lente, gênée et difficile; démarche chancelante et très-lente; tronc fortement penché en avant lorsqu'il marche; relâchement des sphincters et écoulement involontaire des urines.

Quelques jours avant sa mort, respiration gênée, difficile et très-courte; toux; expectoration de matières grisâtres et comme purulentes; pouls fréquent. Cet état augmente rapidement; la dyspnée devient très-forte, et le malade succombe le 28 avril.

Autopsie cadavérique. — *Etat extérieur.* Embonpoint musculaire assez considérable.

Tête. Trois onces de sérosité environ à la base du crâne. L'arachnoïde, sur la plus grande partie de la convexité des hémisphères cérébraux, mais principalement vers leur partie antérieure, est très-épaissie : on la sépare facilement, mais elle ne résiste pas beaucoup lorsqu'on la tire, et elle se déchire. A la partie antérieure et inférieure de la convexité de l'hémisphère gauche, elle est adhérente à la substance cérébrale dans deux ou trois endroits, dans l'étendue de deux ou trois lignes : elle emporte une couche de matière corticale en l'enlevant. Vers la partie postérieure de la convexité et à sa partie inférieure, l'épaississement de l'arachnoïde est très-peu marqué; mais sur les lobes de la base il n'y en a aucune trace.

La pie-mère est infiltrée de sérosité dans tous les points où l'arachnoïde est épaissie, et plus fortement dans les endroits où celle-ci est plus épaissie : sans être rouge, ses vaisseaux, surtout les plus gros, sont injectés et dilatés.

Les ventricules sont pleins de sérosité sans être di-

latés, ni distendus d'aucune manière. Cerveau assez consistant. Cervelet sain.

Thorax. Epanchement de demi-pinte environ de sérosité albumineuse et lactescente dans le côté gauche. Couche molle et jaunâtre d'albumine concrète, d'un pouce d'épaisseur, sur une partie des plèvres pulmonaire et costale. Epanchement beaucoup moins considérable d'albumine dans le côté droit du thorax. Hépatisation des deux poumons, qui ont tout-à-fait l'apparence du foie, mais qui sont un peu moins consistans. Dans quelques endroits, le parenchyme, carnifié, est infiltré d'une sérosité jaunâtre et commence à suppurer. On ne voit qu'une très-petite partie des bords antérieurs de chaque poumon qui puisse être un peu perméable à l'air. Cœur volumineux; petite plaque cartilagineuse de la grosseur d'une petite amande sur sa surface.

Abdomen. La muqueuse gastrique couverte de mucosités épaisses, abondantes et grisâtres, sous lesquelles elle offre plusieurs plaques d'un rouge assez vif: elle est épaissie d'une manière sensible. Les autres organes sains.

Réflexions. Cette observation, dans laquelle nous voyons les trois périodes que nous ont montrées les observations précédentes, est surtout remarquable par la durée de la seconde période, et par l'analogie parfaite des symptômes de ce stade avec ceux de la manie continue ordinaire, portée au plus haut degré. En effet, dans l'un et l'autre cas, même état de loquacité, d'agitation et de fureur, même incohérence dans les idées et les propos. A cette époque, il n'y avait réellement aucun signe capable de faire distinguer

ces deux maladies l'une de l'autre : il fallait remonter au début de la méningite chronique pour reconnaître cette affection dans le délire ambitieux qui dominait le malade et dans la difficulté de prononcer, et pour annoncer d'avance une partie des phénomènes qui devaient survenir par la suite. Nous verrons plus tard, en traitant de la manie, si l'analogie des symptômes de cette affection avec ceux de la méningite chronique n'en indique pas une dans leurs causes organiques. Bornons-nous maintenant à expliquer les phénomènes de l'observation présente, et principalement de la seconde période.

Il est manifeste, d'après tout ce que nous avons dit jusqu'ici, que l'état de violence extraordinaire qu'elle nous a offert, provenait de l'irritation du cerveau, laquelle dépendait elle-même de l'inflammation de l'arachnoïde.

Lorsque cette inflammation a diminué, la sérosité a été exhalée abondamment dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère et dans les ventricules; le cerveau a été comprimé beaucoup plus qu'irrité : de là, la diminution et la cessation presque complète de l'agitation, l'oblitération de l'entendement et la paralysie générale et incomplète. Au reste, si l'épaississement de l'arachnoïde et la quantité de sérosité n'ont pas été aussi considérables dans cette observation que dans les deux précédentes, on ne doit attribuer cette circonstance qu'à la rapidité de la mort,

qui est survenue à la suite d'une double pleuro-pneumonie latente.

XVe. Observation.

Contrariétés; forte attaque de congestion cérébrale avec des convulsions épileptiformes. Pendant cinq ou six jours délire sourd; loquacité; prononciation très-difficile; agitation des bras; assoupissement qui fait ensuite des progrès; spasmes dans les membres et les mâchoires. *Méningite de la convexité des hémisphères, d'une partie de la base du cerveau et des ventricules; pie-mère énormément injectée, infiltrée d'une grande quantité de sang liquide sur les hémisphères; quelques adhérences de l'arachnoïde au cerveau; sérosité dans les ventricules.*

Madame Félicité L***, marchande de tabac, âgée de quarante-neuf ans, issue d'une famille saine, avait éprouvé, à l'âge de quinze ans, une maladie très-grave, qu'on attribua aux approches de la puberté. Elle jouit ensuite pendant fort long temps d'une très-bonne santé. Elle prit, vers l'âge de quarante ans environ, un bureau de tabac, qui lui occasiona beaucoup de contrariétés et d'inquiétudes. Dès ce moment, elle perdit graduellement son embonpoint; ses fonctions digestives se dérangèrent; elle vomissait souvent après avoir mangé, et quelquefois à jeun, mais ce n'était alors que des mucosités filantes. Au bout de trois ou quatre ans, ses vomissemens devinrent plus rares et n'étaient provoqués que par des alimens lourds et indigestes. Lorsque la malade se sentait faible, elle avait l'habitude de boire un petit verre de liqueur d'absynte. Elle était, de plus, sujette à des attaques de nerfs et à des coliques violentes qui survenaient lorsqu'elle éprouvait des contrariétés.

Le 19 février 1820, elle s'écria tout-à-coup : Je ne

sais ce que j'ai; il me semble que je vais perdre la tête. Le 21, plusieurs hommes entrèrent dans sa boutique au moment où elle venait de diner et de manger beaucoup plus qu'à l'ordinaire; ils lui dirent des injures et elle leur en répondit : dans sa colère, elle les mit à la porte l'un après l'autre, et la ferma sur eux avec violence. Elle s'écria alors : Je suis perdue, et tomba comme une masse sur une chaise, et de la chaise par terre. Dans cet état, visage rouge, perte de la parole, cris sourds et inarticulés, écume à la bouche, mouvemens convulsifs des extrémités, surtout des inférieures. On lui fait une saignée. Le sang, qui est très-épais et noir, coule goutte à goutte, et au bout de deux heures et demie on n'en obtient qu'une palette. La malade reste quatre heures dans cet état; et quand elle est revenue un peu à elle, elle a l'air anéanti, la parole très-difficile, la bouche tournée à gauche, et les dents fuligineuses. (*Application d'un linge trempé dans l'eau froide et le vinaigre sur la tête; potion antispasmodique, vésicatoires aux jambes.*) Agitation des bras, loquacité, délire sourd, insomnie, désir de s'en aller chez elle, et par momens très-courts réponses assez justes. Elle reste pendant cinq ou six jours dans cet état.

Le 7 mars 1820, elle entre à la Maison royale de Charenton. Pendant les premiers jours, suspension presque complète des facultés intellectuelles; un peu de connaissance par momens; face altérée; tremblement dans les membres supérieurs et inférieurs; soubresauts des tendons, et contraction convulsive des mâchoires. Cet état fait des progrès rapides sans changer de caractère. Quelques jours après, langue rouge,

bouche écumeuse, yeux à demi fermés et sans expression, pouls presqu'insensible, petit et fréquent, décubitus dorsal, couleur jaune de la face et de la partie supérieure du tronc. Dans les jours suivans, état comateux, large escarre gangréneuse au sacrum. Le 16 mars, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Embonpoint médiocre, face conservant une contraction particulière, ayant une couleur jaune, ainsi que les membres supérieurs et le thorax.

Crâne. Parois osseuses du crâne minces et fragiles. Un peu de sérosité sanguinolente épanchée entre les feuillets arachnoïdiens de la dure-mère et du cerveau, la première de ces membranes ayant ses vaisseaux extérieurs injectés, et sa surface interne légèrement rosée. L'arachnoïde cérébrale très-épaissie dans toute son étendue, et très-résistante, ayant un aspect d'un rouge-brunâtre sur les parties latérales des hémisphères cérébraux, facile à séparer, sans se déchirer, de la surface extérieure du cerveau, avec laquelle elle a contracté des adhérences dans quelques points, et faisant entendre un bruit particulier en la détachant. Sous l'arachnoïde, la pie-mère offre sur les lobes antérieurs du cerveau, une rougeur écarlate. Sur tout le reste de la surface encephalique, mais d'une manière plus marquée sur les parties latérales et supérieure des hémisphères, elle est épaissie, énormément injectée dans ses petits comme dans ses gros vaisseaux, infiltrée d'une très-grande quantité de sang liquide et rouge, dans lequel on voit, dans certains endroits, des caillots noirâtres. Ce sang, à mesure qu'on détache la pie-mère, s'écoule en grande abondance, et se ramasse dans les anfractuosités cérébrales. Sur la région inférieure du cerveau, et sur le

cervelet, l'épaississement de l'arachnoïde, ainsi que l'infiltration sanguine, sont moins considérables. La surface extérieure du cerveau paraît ramollie, et a une légère teinte rosée. La substance encéphalique est très-injectée dans toute son étendue. Les ventricules latéraux, le troisième et le quatrième, contiennent de la sérosité; leur arachnoïde est épaissie et recouverte d'une multitude de granulations arrondies, toutes du même volume, sensibles au toucher et à la vue.

Thorax. Les poumons sont libres et parfaitement sains. Le péricarde, un peu rouge, contient une once environ de sang rouge et fluide, qui recouvre la surface extérieure du cœur. Le cœur, d'une flaccidité extrême, n'a pas plus de résistance que le poumon, ou même que la pâte. Le ventricule gauche est très-vaste et contient du sang fluide; le droit, moins étendu que l'autre, a des parois confondues avec une couche graisseuse, et ne paraît pas avoir plus de demi-ligne d'épaisseur. On déchire le cœur par le moindre effort. L'artère coronaire est ossifiée dans plusieurs points de son diamètre.

Cavité abdominale. Le péritoine a une teinte rosée dans une grande partie de son étendue; il est brunâtre dans quelques points. L'estomac contient une matière liquide, jaunâtre; autour du cardia, et dans l'étendue d'un pouce et demi environ, sa membrane muqueuse offre une rougeur très-foncée. Le duodénum est plein et distendu par un liquide d'un jaune verdâtre. Le foie est sain. La membrane muqueuse de l'intestin grêle est très-rouge dans plusieurs points. Le gros intestin est sain. Un corps fibreux, recouvert de quelques tubercules cartilagineux de la grosseur d'une petite noix, est implanté dans le fond de la matrice.

Réflexions. Nous ne plaçons ici cette observation que pour donner un exemple de congestion cérébrale très-intense, et pour montrer avec quelle rapidité une forte injection de la pie-mère peut déterminer un épaississement de l'arachnoïde, et conséquemment une irritation de cette membrane; car on ne peut pas admettre que l'arachnoïde puisse perdre une partie de sa transparence, augmenter d'épaisseur et de consistance, et contracter des adhérences avec le cerveau sans avoir été préalablement enflammée jusqu'à un certain point. Au reste, quoique la congestion cérébrale portée au plus haut degré d'intensité jetât la malade dans un état habituel de coma, cependant le délire sourd et les mouvemens convulsifs qu'elle a présentés expliquent suffisamment ces lésions de l'arachnoïde. Cette observation est la seule où nous ayons rencontré une injection très-forte des lobes antérieurs du cerveau. Est-ce à cette circonstance que nous devons attribuer le coma? Les observations de MM. Parent et Martinet tendent à prouver que ce symptôme dépend ordinairement, surtout chez les enfans, de l'arachnitis de la base du cerveau.

Chez la malade dont nous examinons l'histoire, on n'a point observé le délire ambitieux; mais l'assoupissement était trop intense pour qu'il pût se manifester; il est très-probable qu'il n'aurait pas tardé à paraître si la malade avait vécu plus long-temps, ou si la congestion sanguine de la pie-mère avait diminué.

DEUXIÈME SÉRIE.

Sommaire des Observations de la Deuxième Série.

1°. *Symptômes.* Pendant les premiers temps de la maladie, tantôt affaiblissement très-marqué des facultés intellectuelles, le plus souvent sans idées ambitieuses dominantes ni agitation, et avec un embarras plus ou moins considérable dans la prononciation et la démarche; tantôt délire général, ou monomanie ambitieuse avec agitation, bientôt suivis de paralysie générale et incomplète et de diminution de l'intelligence.

Pendant les derniers temps, tous les signes d'une compression énorme du cerveau : affaiblissement graduel des facultés intellectuelles, qui va jusqu'à leur oblitération complète; le plus souvent nulle réponse aux questions qu'on fait aux malades, ou réponses monosyllabiques qui n'ont aucun rapport avec le sujet de la question; nulle trace de mémoire; perte totale des idées; souvent stupidité absolue; tranquillité constante; paralysie générale et incomplète, qui consiste d'abord en une très-grande difficulté dans la prononciation et la démarche, et qui finit par une impossibilité complète d'articuler, de marcher et de se soutenir sur les jambes, et par l'écoulement involontaire de toutes les déjections.

2°. *Lésions organiques.* Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde épaissie, devenue opaque et augmentée de consistance, mais à des degrés variés, moins considérables, en général, que dans les observations de la première série, également épaissie dans les ventricules, saine à la base du cerveau et sur le cervelet. Quantité très-considérable de sérosité à la base du crâne, dans les ventricules, qui en sont distendus et dilatés, et dans le tissu de la pie-mère, qui en est extrêmement infiltré et dont la couleur est tantôt

rouge, tantôt et le plus souvent pâle. L'accumulation de ce fluide dans les ventricules peut être portée au point de détruire leur paroi inférieure et de se répandre à la base du cerveau. Elle se rassemble quelquefois en quantité énorme sur les hémisphères, dont elle aplatit les circonvolutions et resserre les anfractuosités. Cerveau sain, ordinairement ferme et assez pâle, quelquefois mou et injecté.

Première Observation.

Plusieurs attaques de congestion cérébrale avec aliénation. A la suite de la dernière, stupidité complète; prononciation extrêmement difficile; marche presque impossible; excrétions involontaires; mort après une nouvelle attaque. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; beaucoup de sérosité dans ces dernières cavités et à la base du crâne; pie-mère rouge et infiltrée d'une très-grande quantité de fluide séreux.*

Antoine L***., ancien négociant, âgé de soixante-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, d'un caractère dur et disposé à la tristesse, vivait d'une manière très-retirée : il n'avait jamais commis aucun excès; mais vers le commencement de 1816 il perdit au jeu une somme considérable. Depuis cette époque il fut frappé de plusieurs attaques d'apoplexie qui, chaque fois, portèrent une atteinte profonde à ses facultés; mais on ne put se procurer des renseignemens exacts sur les symptômes qu'il avait présentés à chacune de ces attaques, ni sur ceux qui les avaient suivies. A la dernière, qui eut lieu vers le 15 de septembre 1818, le malade fut transporté, privé de sentiment et de mouvement, à la Maison royale de Santé, d'où M. le professeur Duméril, qui lui donna des soins, atteste qu'il sortit dans un état à-peu-près complet d'idiotisme.

Le 21 novembre, il entra à la Maison royale de Cha-

renton, dans un état de stupidité. Étranger à tout ce qui l'entourait, il gardait un silence absolu, à moins qu'on ne l'interrogeât, et, dans ce cas, il ne répondait qu'autant qu'on lui parlait à très-haute voix et en fixant son attention par quelque mouvement : on ne pouvait lui arracher que quelques monosyllabes, rarement relatives aux questions qu'on lui avait faites : tout indiquait chez ce malade une oblitération de toutes les idées. Quelle que fût sa voracité, il demandait très-rarement à manger; il marchait difficilement et se soutenait à peine sur ses jambes; sa voix était faible; sa parole lente, chancelante, embarrassée et quelquefois entrecoupée; ses urines et ses excrémens s'échappaient involontairement. Au milieu de cet état, les fonctions nutritives s'exerçaient d'une manière très-régulière : il mangeait beaucoup. Sa figure était pleine; son pouls fort et développé; il avait de l'embonpoint et des couleurs.

Il resta trois mois et demi environ dans cet état. Vers la fin de cette époque, il se forma une escarre assez large au sacrum.

Le 13 mars 1819, le malade fut frappé d'une attaque d'apoplexie, et perdit le sentiment et le mouvement; la respiration devint haute et fréquente; le pouls fort et développé. Le 14, il survint une nouvelle attaque lorsque les accidens de la première n'étaient pas dissipés. (*Vésicatoire à la cuisse.*) Malgré l'emploi de sangsues au cou et d'un lavement purgatif que M. Royer-Collard prescrivit, il resta dans un état de coma, jusqu'au 18 au soir, où il succomba.

Ouverture du cadavre. — Le cadavre était dans un état d'embonpoint musculaire et graisseux. Les chairs étaient fermes. On voyait une escarre noirâtre au sa-

rum. La lèvre inférieure était tuméfiée à sa partie moyenne, où l'on apercevait une contusion que le malade s'était faite en mangeant.

Crâne. Un peu de sérosité était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde : il en existait une grande quantité à la base du crâne. Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde avait perdu une partie de sa transparence; elle était blanchâtre dans plusieurs points, mais surtout à la partie antérieure : la face libre de cette membrane présentait plusieurs plaques noirâtres, dont une, située sur le lobe antérieur gauche, avait au moins un pouce de longueur; elle était épaissie, beaucoup plus résistante que dans son état ordinaire et résistait assez fortement aux tiraillemens qu'on exerçait sur elle pour la déchirer. Sous l'arachnoïde, la pie-mère était rouge et infiltrée d'une très-grande quantité de sérosité, qui était rassemblée plus abondamment sur quelques endroits de la surface du cerveau, où elle avait formé de petites cavités, en écartant les circonvolutions.

Les quatre ventricules contenaient beaucoup de sérosité; leur surface était parsemée de granulations d'une grande ténuité, très-rapprochées les unes des autres, et sensibles à la vue et au toucher. L'arachnoïde qui tapisse ces cavités était épaissie d'une manière très-manifeste. La substance du cerveau était ferme.

Thorax. Les deux cavités pectorales et le péricarde contenaient un peu de sérosité. Les poumons et le cœur étaient sains.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac avait une couleur brunâtre et marbrée. Les autres organes étaient sains.

RÉFLEXIONS. Cette observation offre le passage

de la première à la deuxième série. Nous y voyons, comme dans celle qui la précède, des attaques de congestion qui ont été suivies d'aliénation; mais le défaut de renseignemens sur la première période de la maladie ne nous permet point de soumettre cette période à notre examen. Nous nous bornerons à faire remarquer que c'est sans doute à ces attaques qu'on doit attribuer les plaques noirâtres qu'on observait sur l'arachnoïde : le sang infiltré sous cette membrane, dans le tissu de la pie-mère, aura été résorbé peu-à-peu, et n'aura laissé d'autre trace de son existence que la couleur brunâtre, phénomène qu'on remarque fréquemment à la suite des épanchemens sanguins.

Deux points méritent surtout de fixer l'attention de nos lecteurs sur cette observation; je veux parler du délire ambitieux et de la paralysie incomplète. Nous avons avancé, 1°. que le premier de ces symptômes dépend d'une congestion sanguine plus ou moins forte de la pie-mère, avec irritation de l'arachnoïde, et le second d'une compression du cerveau, qui tient elle-même à cette réplétion sanguine de la pie-mère, à l'épaississement de l'arachnoïde et surtout à une accumulation de sérosité dans les cavités et à la base du cerveau; 2°. que chacun de ces phénomènes est en raison directe des lésions dont il est l'effet; 3°. que le délire est en raison inverse de la sérosité, et la paralysie en raison inverse de l'inflammation de l'arachnoïde, et par conséquent de l'irritation du

cerveau. Nous avons trouvé des preuves de chacune de ces propositions dans les observations de la première série, qui nous ont toutes présenté la coexistence du délire et de la congestion sanguine de la pie-mère avec inflammation de l'arachnoïde, de la paralysie et de l'épanchement séreux. Les observations de la deuxième série, et en particulier celle que nous analysons, confirmeront également ces propositions, en nous montrant un rapport constant entre les lésions organiques et les symptômes.

Cette dernière observation ne nous offre point de délire ambitieux; les facultés étaient presque entièrement oblitérées, et tous les mouvemens à demi-paralysés, symptômes qui indiquaient une forte compression du cerveau; et nous venons de voir qu'il y avait beaucoup de sérosité à la base du crâne et dans les ventricules, et que ce liquide était infiltré en si grande quantité dans le tissu de la pie-mère, qu'il avait formé plusieurs petits amas dans les anfractuosités, en écartant les circonvolutions. Le réseau cellulo-vasculaire de cette membrane était rouge; mais il était noyé dans une trop grande quantité de sérosité pour pouvoir agir sur le cerveau autrement qu'en le comprimant; et en supposant que l'arachnoïde fût très-enflammée, la couche de fluide séreux qui la séparait de la surface du cerveau empêchait que l'irritation pût se propager jusqu'à ce dernier organe.

IIe. Observation.

Nul renseignement sur la première période. A l'epoque de son entrée, affaiblissement considérable des facultés avec calme ; idées ambitieuses peu dominantes; paralysie incomplète très-marquée. Plus tard, augmentation de la démence ; langue extrêmement embarrassée ; marche impossible ; tremblemens généraux des membres ; excrétions involontaires. *Méningite chronique très-intense des hémisphères du cerveau et des ventricules, avec plusieurs adhérences de l'arachnoïde au cerveau ; très-grande quantité de sérosité à la base du crâne; ventricules distendus par ce fluide; pie-mère énormément infiltrée du même liquide.*

Pierre C***, grenadier de la garde royale, chevalier de la Légion-d'Honneur, âgé de quarante-un ans, était malade depuis quinze mois environ, lorsqu'il entra à la maison de Charenton, le 30 juillet 1818. On ne donna aucun renseignement sur son compte.

A cette époque, il était dans l'état suivant : Face pleine et rouge; regard hébêté et incertain; perception lente, qui oblige de lui faire plusieurs fois la même question, pour qu'il puisse la comprendre; facultés intellectuelles très-affaiblies; idées vagues sur la plupart des objets, ayant cependant une certaine cohérence; délire ambitieux qui n'est pas assez fort et assez étendu pour le dominer sans cesse. Lorsqu'on l'interroge sur sa santé, sur sa position, il répond qu'il se porte parfaitement bien, qu'il est content et heureux, et qu'il a des millions. De lui-même il ne parle pas de ses idées ambitieuses. Il répond d'une manière assez raisonnable sur les campagnes qu'il a faites; mais on voit que sa mémoire est très-altérée. Il est calme, et se promène dans les cours ordinairement seul; sa démarche est chancelante, sa

langue embarrassée, sa parole lente et très-gênée. Il a beaucoup d'appétit, et mange souvent.

Il reste plusieurs mois dans cet état; mais la paralysie incomplète et l'altération de l'intelligence font des progrès. Le 4 janvier 1819, face terne, pâle et inexpressive, taciturnité habituelle. Il répond, mais en peu de mots, aux questions qu'on lui fait; idées très-bornées, mémoire abolie, délire ambitieux très-peu marqué; il dit qu'il va très-bien; mais il est soldat et très-pauvre. Il est calme, se lève rarement de sa chaise, traîne les jambes très-lentement lorsqu'il veut marcher, chancèle, et est toujours sur le point de tomber. Il serre faiblement la main qu'on place dans la sienne. La sensibilité générale est diminuée; il parle avec une très-grande lenteur, prononce confusément, et même ne peut pas articuler certains mots; il ne peut retenir ses excrétions, et l'on est obligé de lui mettre la blouse ou longue chemise de toile.

Le 1er février, entendement beaucoup plus affaibli, nul souvenir des événemens de sa vie les plus frappans, sensations actuelles très-faibles, inactivité complète des facultés, cercle des idées très-rétréci. Paralysie incomplète plus considérable; il ne peut se soutenir sur ses jambes, et éprouve depuis quelque temps des tremblemens de tout le corps; la langue est extrêmement embarrassée.

Le 22 février, même état de la paralysie; il parle davantage, sans cependant qu'il y ait de l'agitation. Délire ambitieux très-prononcé, quoiqu'il ne s'en occupe pas beaucoup. Lorsqu'on lui fait des questions sur ce sujet, il répond qu'il se porte très-bien; on lui a volé beaucoup d'argent; il avait des sommes immenses; le Roi lui avait fait une pension de dix millions; et le duc

d'Artois, de cinquante millions; il avait une caisse très-grande, pleine de napoléons; il avait acheté avec cet argent une belle maison; on lui a enlevé le reste à l'hôpital où il était malade; il possède de belles campagnes, de grands vignobles. Il a régné trois ans après la chute de Bonaparte, sous le nom de l'empereur Carra Pierre; il est toujours empereur, et regrette de n'avoir pas d'enfans pour leur transmettre sa couronne, etc., etc. Il exprime toutes ces idées d'une manière incohérente, et après un grand nombre de questions sur son état, sa fortune, ses occupations. Il a par momens très-courts la conscience de son état, paraît triste, et dit qu'il va mourir.

Pendant les mois de mars et d'avril, même état de la paralysie incomplète, abattement intellectuel et moral plus considérable; mêmes idées dominantes de richesses et de grandeur, qui paraissent avoir peu d'empire sur sa volonté; toux fréquente sans fièvre, affaiblissement des forces, face bouffie, appétit ordinaire.

Au commencement de mai, dévoiement colliquatif très-abondant, chute rapide des forces, jambes et cuisses énormément œdématiées et dures, face gonflée. Le 18, augmentation de ces symptômes, ventre tympanisé, pouls petit et lent, prostration. Accroissement de ces symptômes, jusqu'au 23, où il a succombé.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Membres supérieurs secs et maigres; membres inférieurs très-volumineux et infiltrés d'une grande quantité de sérosité; abdomen balloné et tendu.

A l'ouverture du *crâne*, il s'écoule deux ou trois onces environ de sérosité épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde, sur la convexité des hémisphères cérébraux; plus de six onces de ce fluide sont amassées à la base du

crâne. Il en sort beaucoup par le canal vertébral. L'arachnoïde cérébrale, sur la région supérieure du cerveau, a une couleur opaque, d'un blanc grisâtre et laiteux, offre çà et là quelques granulations d'une extrême finesse, et présente dans plusieurs endroits une apparence gélatineuse; elle est adhérente à elle-même dans la grande scissure. Sa surface interne est adhérente dans plusieurs points assez étendus à la substance corticale; son épaisseur et sa résistance sont si augmentées, que le poids de toute la masse encéphalique n'est pas capable de rompre un lambeau de cette membrane qu'on a détaché en partie du cerveau; et avec lequel on la soulève; ces altérations sont plus marquées à la partie moyenne des hémisphères que sur les parties antérieure et postérieure; la pie-mère est infiltrée d'une énorme quantité de sérosité, qui s'écoule de toutes parts en la séparant du cerveau. Les ventricules latéraux et le troisième ventricule sont considérablement distendus et dilatés par le même liquide. L'arachnoïde qui tapisse ces cavités, ainsi que le ventricule du cervelet est épaissie, facile à séparer, et couverte de granulations très-nombreuses et très-apparentes, mais non perceptibles au toucher. Je n'ai pas fait l'ouverture des cavités thoracique et abdominale.

Réflexions. L'analogie entre cette observation et la précédente ne saurait être plus frappante. Je ne puis rien dire de la première époque de la maladie, à cause du défaut de renseignemens. Mais depuis l'entrée de C*** à la maison de Charenton, jusqu'à sa mort, nous voyons la méningite chronique dont il était atteint, faire des progrès successifs, et s'accompagner de tous les symp-

tômes que nous attribuons en grande partie à l'exhalation d'une abondante quantité de sérosité, tels que l'oblitération plus ou moins complète des facultés intellectuelles et des idées, une paralysie incomplète et générale très-marquée, un état de tranquillité, l'absence du délire ambitieux, ou des idées de grandeur et de fortune peu dominantes. Or, l'autopsie nous a présenté une infiltration séreuse énorme de la pie-mère, et la distension des ventricules par la sérosité.

On a dû remarquer de plus un symptôme que ne peuvent expliquer les lésions que nous venons d'indiquer; je veux parler des tremblemens généraux que le malade a éprouvés pendant quelque temps. Ces phénomènes dépendent, suivant moi, d'un travail d'adhérence qui s'établit entre l'arachnoïde et le cerveau, altération qui était très-manifeste dans l'observation que nous analysons. Nous nous bornons ici à indiquer ce point de doctrine que nous tâcherons de prouver à l'aide des observations de la troisième série, où nous verrons cette lésion organique constamment accompagnée des mêmes symptômes.

IIIe. Observation.

Plusieurs attaques de congestion cérébrale; point de renseignemens sur la première période; ensuite démence tranquille; paralysie incomplète très-marquée. Plus tard, idées ambitieuses, peu dominantes; excrétions involontaires. Dans les derniers temps, oblitération à-peu-près totale de l'intelligence; progression presque impossible;

mort à suite de deux attaques, avec perte de connaissance et roideur tétanique des membres. *Méningite chronique des hémisphères; sérosité très-abondante à la base du crâne, dans les ventricules latéraux et dans la pie mère.*

M. Louis Auguste L**, argenteur, âgé de quarante-un ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution faible, d'un caractère doux, tranquille et bon, était né de parens dont l'esprit était très-borné, et avait eu un frère qui mourut dans un état d'aliénation. Il ne s'était jamais livré à aucun excès, n'avait éprouvé aucun chagrin, et n'avait été exposé à aucune autre cause de maladie que les émanations métalliques qui tenaient à sa profession. Au reste, il n'avait jamais eu la colique de plomb.

Vers le printemps de 1816, il fut frappé de plusieurs attaques d'apoplexie, qui furent bientôt suivies d'un état d'aliénation, et de paralysie incomplète.

Ces symptômes augmentèrent progressivement; et le 25 mai 1818, le malade fut conduit à la Maison royale de Charenton. A cette époque, il était dans un état de démence. Il parlait peu, mais il répondait aux questions qu'on lui faisait, et souvent assez juste; ses facultés étaient extrêmement faibles, et il ne paraissait dominé par aucune idée particulière; mais il avait une aversion extrême pour tout objet relatif à la religion, et il se mettait en colère toutes les fois qu'il entendait parler de Dieu, de la messe, etc. Sa mémoire était si oblitérée, qu'il avait oublié presque tous les événemens de sa vie, et que ce qui se passait tous les jours sous ses yeux ne laissait aucune impression durable dans son esprit. Tous ses mouvemens étaient très-embarrassés; il marchait avec peine et en tremblant; sa prononciation était diffi-

cile ; il était toujours très-calme et se promenait lentement dans les cours de son quartier; il avait un appétit dévorant et mangeait beaucoup. Il resta quatre mois environ dans cet état.

Vers la fin de septembre, sa démarche et sa prononciation devinrent plus gênées; il commença à lâcher involontairement toutes ses excrétions; ses facultés s'affaiblirent davantage. Il survint un délire ambitieux qui n'avait pas existé jusqu'alors. A la question, qui êtes-vous? il répondit : Je suis Napoléon, empereur; j'ai des millions; on ne peut pas les compter.

Dès-lors, l'état de démence augmenta, l'intelligence s'éteignit presque complètement. Le malade, dont la langue était très-gênée, ne répondait que par monosyllabes; il paraissait incapable d'associer toute espèce d'idées. Cependant il disait souvent : Je suis Napoléon; mais c'est là le seul jugement qu'il parut capable de former. La marche était presqu'impossible. Il maigrissait, quoiqu'on lui donnât une grande quantité d'alimens pour satisfaire sa faim qui était insatiable. Toutes les autres fonctions n'offraient aucune altération.

Le 30 decembre 1818, il était assis sur sa chaise, lorsqu'il perdit tout-à-coup connaissance; sa figure devint pâle, ses membres s'étendirent, et tombèrent dans un état de roideur tétanique. Un quart-d'heure après, il revint presque à son état ordinaire.

Le 31, après avoir pris un bouillon, il fut frappé d'une attaque semblable à celle de la veille, avec pâleur de la face et contraction des membres; mais les symptômes augmentèrent rapidement, et le malade succomba en très-peu de temps.

Autopsie.—Le cadavre était dans un état de marasme. Il y avait une grande quantité de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, et à la base du crâne. Les ventricules étaient pleins du même liquide. Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde était opaque, grisâtre, épaissie et très-résistante; en la détachant, il s'écoulait beaucoup de sérosité qui était infiltrée dans le tissu de la pie-mère.

La substance du cerveau n'offrait aucune altération. Tous les organes renfermés dans la poitrine étaient sains. Dans l'abdomen, la membrane muqueuse de l'estomac était un peu rouge, épaissie et plus résistante que dans son état naturel.

Réflexions. Ce fait offre tant de points de ressemblance avec les deux précédens, qu'il est inutile de le faire suivre de remarques détaillées : on y voit les mêmes altérations organiques et les mêmes phénomènes correspondans. Ce sont, d'un côté, tous les caractères anatomiques de la méningite chronique, accompagnés d'une accumulation très-considérable de sérosité à la surface de l'arachnoïde, dans les ventricules cérébraux et dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère; et, de l'autre, un état de démence tranquille, avec quelques idées ambitieuses et une paralysie générale et incomplète.

Mais les idées ambitieuses survenues dans les derniers temps méritent de nous arrêter un moment. Nous n'avons pas noté dans les détails de l'autopsie l'injection de la pie-mère, avec laquelle ces idées coïncident toujours; nous ne pouvons

attribuer cette circonstance qu'à une omission de notre part, qui aura été d'autant plus facile que la lésion dont nous parlons devait être peu marquée, et que la pie-mère est, en général, très-peu rouge ou même pâle lorsqu'elle est infiltrée de beaucoup de sérosité, quoique ses vaisseaux soient souvent fort injectés.

Quant aux phénomènes spasmodiques qui survinrent la veille et le jour de la mort, nous les attribuons à un afflux subit de sérosité dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules. En effet, lorsque ces phénomènes dépendent de l'inflammation adhésive qui s'établit entre la substance grise et la séreuse qui la revêt, ordinairement les spasmes persistent avec beaucoup plus d'intensité, et ne se dissipent pas entièrement après l'attaque, comme nous le remarquons dans l'observation présente. Nous espérons prouver plus tard tous ces points, que nous ne faisons qu'indiquer ici.

IVe. Observation.

Dans la première période, délire ambitieux avec paralysie générale et incomplète. Plus tard, démence tranquille avec oblitération presque totale des idées; prononciation lente et très-embarrassée; démarche très-chancelante; excrétions involontaires. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; beaucoup de sérosité à la base du crâne et dans la pie-mère; ventricules distendus par le même fluide; pie-mère rouge et injectée.*

Auguste-François T***., officier supérieur de cavalerie, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution ro-

buste, fut conduit à la Maison royale de Charenton le 3 décembre 1819, sans qu'on pût obtenir des renseignemens précis sur les causes de sa maladie et les symptômes qu'elle avait présentés jusqu'alors. On apprit seulement que le malade, issu d'une famille saine, avait éprouvé beaucoup de chagrin d'être mis à la demi-solde; qu'il était aliéné depuis un an environ; que deux mois après l'invasion le délire devint plus général et plus continu; qu'il était principalement caractérisé par des idées de richesse et de grandeur, qui dominaient toutes ses facultés, et accompagné d'une paralysie générale et incomplète.

A l'époque de son entrée il était dans l'état suivant : Face altérée et sans expression; regard incertain; yeux saillans et larmoyans; attitude mal assurée, démarche vacillante et chancelante; membres supérieurs pendans sur les parties latérales du corps et faisant très-peu de mouvemens; parole lente, difficile, tremblante, très-mal articulée; réponses très-difficiles. Pour éveiller son attention et le forcer à répondre, il fallait répéter plusieurs fois et à haute voix la même question, et alors il répondait le plus souvent par oui ou non : lorsque ses réponses étaient plus longues, elles n'avaient ordinairement aucun rapport avec ce qu'on lui avait demandé. Il ne parlait jamais lorsqu'on ne l'interrogeait pas; il y avait oubli de toutes les idées et de tout état antérieur; son intelligence était complètement oblitérée; le sentiment était à demi paralysé, comme le mouvement; les excrétions étaient involontaires.

Tous ces symptômes s'aggravèrent rapidement. Vers le 15, une quantité considérable d'urine distendait la vessie et sortait par regorgement : on l'évacua

par le cathétérisme, qu'on employa pendant plusieurs jours.

Le 25, tous les symptômes augmentèrent; la respiration s'embarrassa, et le malade succomba.

Autopsie. — *Habitude extérieure.* Cadavre dans un état d'embonpoint musculaire et graisseux.

Crâne. Il y avait un peu de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde, et une quantité assez considérable à la base du crâne : il en sortait aussi du canal rachidien. Les ventricules du cerveau et du cervelet étaient distendus par le même fluide. Sur la convexité et la face interne des hémisphères l'arachnoïde était blanchâtre, opaque dans plusieurs points; elle était épaissie, beaucoup plus résistante que dans son état naturel, et avait contracté quelques points d'adhérence avec le cerveau. La pie-mère était très-rouge, très-injectée et infiltrée de sérosité. La substance encéphalique était consistante et injectée.

Thorax. Le cœur était flasque, mou, volumineux et entièrement vide de sang. Les poumons étaient sains.

Abdomen. L'estomac, recouvert de mucosités, contenait une petite quantité d'un fluide bilieux et offrait plusieurs points rougeâtres. Les intestins étaient sains. La vessie contenait une urine d'un blanc jaunâtre, dans laquelle nageait une multitude de flocons blancs et visqueux : sa membrane muqueuse était très-rouge.

Réflexions. Cette observation ressemble trop aux précédentes, pour mériter un examen détaillé. On y voit, comme dans celles-ci, le cerveau, comprimé par une très-grande quantité de sérosité, donner lieu à une oblitération presque totale des

idées et des facultés, et à une paralysie incomplète très-marquée, qui se manifeste par un grand embarras dans la prononciation, une démarche extrêmement chancelante et des excrétions involontaires.

Quant au délire ambitieux, il avait disparu à l'époque où le malade entra à la Maison royale de Charenton : quoique l'ouverture du cadavre nous ait montré les lésions organiques que nous regardons comme la condition de ce symptôme, on ne s'étonnera pas qu'il n'existât point dans la dernière période de la maladie, si l'on considère que l'encephale était alors comprimé au point que tous les mouvemens étaient à demi paralysés, et que toute idée était impossible. D'ailleurs, dans tous les faits qui précèdent, nous avons toujours vu que le délire était en raison inverse de la sérosité. Les autres observations de la même série mettront cette proposition hors de doute.

Ve. Observation.

Excès de boisson; fièvre ataxique; insolation. Début par un délire violent et général. Quelque temps après, paroxysmes assez fréquens d'agitation; ensuite démence tranquille semi-paralytique. Plus tard, quelques idées ambitieuses peu dominantes; démarche extrêmement chancelante; excrétions involontaires; un mois avant la mort, impossibilité de marcher. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; sérosité très-abondante à la base du crâne et dans le canal rachidien; pie-mère infiltrée du même fluide et injectée; ventricules distendus par la sérosité.*

Bernard C***, âgé de trente-cinq ans, était le fils d'une mère qui avait été folle. Une de ses sœurs était

aliénée. Il faisait depuis quatre ans de grands excès de boisson (il buvait une pleine bouteille d'eau-de-vie par jour), lorsqu'il fut atteint, vers le mois d'avril 1818, d'une fièvre ataxique. Cette maladie, qui dura six semaines environ, s'accompagna d'un délire général et presque continu, qui disparut incomplètement pendant la convalescence du malade. Les idées étaient souvent incohérentes; le sommeil était troublé; les forces physiques étaient toujours très-faibles.

Le 5 août 1818, C*** fut pris tout-à-coup, après s'être promené au soleil, d'un délire général, violent et furieux. Depuis lors, l'agitation revint par paroxysmes assez fréquens; les facultés étaient altérées; le malade était dominé tantôt par des idées religieuses, tantôt par des idées érotiques.

Le 17 septembre, il fut conduit à la Maison royale de Charenton. A cette époque, il était dans un état de démence semi-paralytique; sa démarche était chancelante; mais sa prononciation était très-légèrement embarrassée. Il avait la face rouge et couperosée, comme les ivrognes. Ses idées étaient bien plus affaiblies que dérangées. Il ne paraissait dominé par aucune idée exclusive, et répondait d'une manière juste, mais très-brièvement, aux questions qu'on lui faisait sur sa femme, ses enfans, sa famille, etc. Il paraissait sentir le malheur de sa situation, dont il parlait toujours en gémissant. Il avait un grand appétit, et la diarrhée de temps en temps.

Dès-lors l'intelligence s'affaiblit graduellement, et au bout de trois mois environ (au commencement de janvier 1819), il survint des idées ambitieuses manifestes. C*** était très-content de son état, et répondait toujours qu'il se portait très-bien. Il était persuadé qu'en sortant de l'éta-

blissement, il serait capitaine de vaisseau ou amiral de France, et que ses enfans seraient amiraux, parce que cette dignité est, dit-il, héréditaire. Mais ces idées avaient peu de fixité, et n'occupaient le malade que lorsqu'on lui en parlait. Il était toujours très-calme, taciturne, dans une inactivité morale complète. Il se soutenait avec beaucoup de peine sur ses jambes, et marchait en traînant les pieds, toujours exposé à tomber. Les déjections alvines et l'excrétion de l'urine se faisaient d'une manière involontaire. On le laissait habituellement assis sur un fauteuil en forme de chaise percée, revêtu d'une blouse. Il avait toujours une faim insatiable et le dévoiement.

Pendant les six premiers mois de 1819, les facultés s'affaiblirent davantage, et la paralysie incomplète augmenta graduellement. Les idées ambitieuses se dissipèrent complètement.

Il ne comprenait que les questions très-courtes et très-simples; sa voix était lente, plaintive et embarrassée.

Vers le mois d'août, il lui était impossible, non-seulement de marcher, mais même de se soutenir sur ses jambes. La diarrhée qu'il avait depuis long-temps l'avait considérablement affaibli et amaigri. Au commencement de décembre le marasme était complet. Le 23, le malade succomba.

Ouverture du cadavre. — Etat extérieur. Cadavre très-maigre, flaccidité générale des chairs, escarre au sacrum.

Crâne. Une très-grande quantité de sérosité, difficile à évaluer, était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, et à la base du crâne. Il s'en écoulait beaucoup du canal vertébral.

Les ventricules latéraux étaient pleins du même fluide

qui avait dilaté leur cavité; leur surface était hérissée de granulations légères. L'arachnoïde des hémisphères était opaque dans plusieurs points, épaissie et plus résistante que dans son état naturel, mais non pas à un degré très-considérable. La pie-mère était infiltrée de sérosité et injectée. Les vaisseaux encéphaliques étaient également injectés. La substance cérébrale était molle.

Thorax. Poumons sains et adhérens aux parois pectorales. Cœur sain, mais flasque.

Abdomen. Plusieurs points d'un rouge brunâtre sur la membrane muqueuse de l'estomac. Rougeur très-foncée de celle de l'intestin grêle, qui est recouverte de mucosités. Les autres organes sains.

Réflexions. Toutes les observations qui font partie de cet ouvrage nous montreront la méningite chronique comme une maladie spéciale qui n'a aucune liaison avec l'arachnitis aiguë, dont elle n'est jamais une des terminaisons. Mais le fait qu'on vient de lire pourrait jusqu'à un certain point être considéré comme faisant exception à ce principe général. En effet, l'individu qui en fait le sujet, adonné aux liqueurs fortes, avait été atteint, six mois avant d'être conduit à Charenton, d'une maladie qu'on appela *fièvre ataxique*, mais qui, à ne considérer que ses symptômes, paraît avoir été une arachnitis aiguë. Quelque temps après, le délire qui l'accompagnait se dissipa; mais le malade n'était pas encore rétabli, et ses idées étaient souvent incohérentes, lorsqu'une insolation donna lieu à un accès de manie violente.

L'aliénation persista, et l'agitation revint par paroxysmes, jusqu'à l'époque où le malade entra à Charenton. Dès-lors, démence tranquille et semi-paralytique, affaiblissement très-considérable des facultés; quelques idées ambitieuses, vagues, passagères et non dominantes.

La marche qu'a suivie cette maladie est facile à expliquer. L'inflammation de l'arachnoïde, qui avait donné lieu à la prétendue fièvre ataxique, était dissipée; mais cette membrane était encore altérée, lorsque l'insolation renouvela l'irritation à laquelle son état la disposait puissamment. De-là, l'irritation du cerveau, et, comme une suite nécessaire, le délire et l'agitation. Plus tard, la phlegmasie de la séreuse cérébrale diminua; une abondante quantité de sérosité fut exhalée à la surface et dans les cavités du cerveau, d'où une forte compression de cet organe et un désordre correspondant dans ses fonctions, consistant en une paralysie générale et incomplète très-considérable, et un grand affaiblissement des facultés intellectuelles.

Dans les observations précédentes nous avons vu la maladie débuter ordinairement par une monomanie ambitieuse, tandis que celle-ci a commencé par un délire général sans idée dominante. Cette circonstance paraît confirmer mes idées sur la nature du délire ambitieux que j'attribue à l'injection sanguine de la pie-mère avec irritation de l'arachnoïde. En effet, nous voyons toutes

les autres observations commencer par une attaque subite de congestion, ou une congestion lente; tandis que, dans l'observation présente, l'insolation a porté directement son action sur l'arachnoïde, sans qu'il y ait eu, au début, une attaque apoplectique.

VIe. Observation.

Attaque de congestion, suivie d'aliénation et de paralysie incomplète. Plus tard, affaiblissement très-considérable des facultés intellectuelles sans délire; démarche chancelante; déjections involontaires. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; beaucoup de sérosité à la base du crâne, dans la pie-mère et dans les quatre ventricules.*

M. Charles Alexandre B***, ancien employé au ministère de la guerre, âgé de 65 ans, avait éprouvé beaucoup de chagrin d'être supprimé de ses fonctions. Quelque temps après, il fut frappé d'apoplexie, et cette attaque fut suivie d'un état d'aliénation mentale avec paralysie incomplète. On ne put obtenir des renseignemens précis sur ces symptômes, qui se sont manifestés, il y a déjà long-temps.

Lorsqu'il entra à la Maison royale de Charenton le 20 août 1818, il était depuis assez long-temps dans un état de démence avec embarras de la prononciation et de la démarche.

A l'époque où je pus l'observer, il n'y avait point de délire exclusif; mais les facultés étaient extrêmement affaiblies. La mémoire était si oblitérée, que le malade avait oublié les événemens les plus importans de sa vie, et qu'il répétait sans cesse les mêmes questions, croyant ne les avoir pas encore faites. Il était depuis quinze jours

dans l'établissement, qu'il croyait y être entré la veille. Il parlait avec assez de raison; mais sa conversation ne roulait que sur un petit nombre d'objets très-simples. Il marchait avec peine et très-lentement; mais il pouvait cependant faire le tour du jardin, qui est très-vaste; il prononçait assez distinctement, mais il ne pouvait retenir ses urines, qui, s'échappant sans cesse dans ses vêtemens ou dans son lit, le rendaient sale et malpropre. Il était dans un calme et une tranquillité inaltérables, et ne parlait que lorsqu'on lui faisait des questions.

Pendant six mois environ, cet état augmenta graduellement, mais d'une manière lente. Peu à peu l'intelligence et les mouvemens s'affaiblirent davantage. L'oblitération de la mémoire devint telle, que le malade, enfermé depuis six mois dans la Maison, croyait n'y être que depuis quinze jours. Il pouvait à peine faire quelques pas dans sa salle, en traînant les pieds et en s'appuyant sur les objets environnans. Il lâchait quelquefois involontairement ses excrémens dans son lit.

Le 25 mars 1819, il ne put pas se lever: le pouls était fréquent, la langue brunâtre et sèche, la respiration fréquente.

Le 26, augmentation des symptômes, délire pendant la nuit et le matin, facultés dans un état d'affaissement extrême.

Le 27, abattement porté au dernier degré, respiration accélérée; pouls petit, très-fréquent, inégal par intervalles. Le soir de ce jour, respiration stertoreuse et mort.

Ouverture du cadavre. — Habitude. Embonpoint musculaire, chairs fermes.

Crâne. Les tégumens de la tête étaient très-injectés.

Un peu de sérosité était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde. Une quantité très-considérable du même fluide était rassemblée à la base du crâne. Les deux hémisphères du cerveau étaient unis par l'adhérence réciproque des deux portions d'arachnoïde qui les revêtent près de la grande scissure. Cette dernière membrane, sur toute la convexité des hémisphères, présentait des points blanchâtres et opaques, et d'autres très-diaphanes, ayant l'aspect de la geléé. Dans ces derniers endroits, la sérosité était amassée dans le tissu de la pie-mère, sous l'arachnoïde, en plus grande quantité qu'ailleurs. Cette enveloppe présentait, à la partie antérieure de l'hémisphère gauche, une plaque rouge d'un pouce environ d'étendue. Elle était épaissie et plus consistante que dans son état naturel, sur la région supérieure du cerveau; mais elle était saine à sa base et sur le cervelet. Dans les endroits où elle était altérée, la pie-mère était rouge et infiltrée d'une grande quantité de sérosité qui était rassemblée dans l'intervalle des circonvolutions. Les quatre ventricules contenaient une assez grande quantité du même liquide ; la membrane séreuse qui les tapisse était épaissie et hérissée de granulations très-ténues et insensibles au toucher.

La substance cérébrale était molle et injectée; l'artère basilaire et ses premières divisions offraient un assez grand nombre de points d'ossification.

Thorax. Le ventricule gauche du cœur présentait quelques points osseux dans le bord libre de la valvule mitrale.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac avait une couleur d'un rouge brunâtre plus foncée autour du pylore. Les autres viscères étaient sains.

Réflexions. Cette observation étant presque entièrement semblable aux précédentes, il serait fastidieux de répéter les remarques que nous avons déjà faites plusieurs fois à leur égard. Mais nous ne laisserons pas échapper une circonstance qui est propre au fait que nous analysons, c'est que, dans aucune partie de son cours, le malade n'a présenté de délire ambitieux. Si ce phénomène n'a pas été omis dans la première période, comme on peut le soupçonner à juste titre, à cause du peu de renseignemens qu'on a obtenus sur cette époque de la maladie, on expliquerait naturellement son absence par une exhalation abondante de sérosité qui se serait faite prématurément à la surface et dans les cavités du cerveau, peu de temps après l'attaque de congestion cérébrale, et qui aurait en même temps comprimé le cerveau et diminué l'irritation de l'arachnoïde et l'injection de la pie-mère.

VIIe. Observation.

Excès de boissons; délire violent. Un an et demi après, démence tranquille semi-paralytique. Plus tard, quelques idées ambitieuses non dominantes; parole très-embarrassée; progression presque impossible; excrétions involontaires. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; pie-mère infiltrée d'une grande quantité de sérosité; ventricules pleins du même fluide.*

Louis Nicolas V***, ancien épicier, âgé de soixante ans, issu d'une famille saine, avait fait beaucoup d'excès du côté des femmes et de la boisson. En 1814, il fut pris

d'un délire très-violent dont on n'a pu savoir au juste le caractère. Un an après, l'agitation se dissipa, les facultés s'affaiblirent, et le malade tomba dans un état de démence. Vers le milieu de 1816, il survint des symptômes de paralysie incomplète. La démarche était chancelante, la prononciation très-difficile, les excrétions involontaires. On lui fit prendre sans succès un grand nombre de médicamens toniques. Cet état, sans changer de nature, augmenta progressivement pendant dix-huit mois environ.

Le 20 octobre, V*** fut conduit à la Maison royale de Charenton. A cette époque, les idées étaient extrêmement bornées et incohérentes. Quelques-unes étaient relatives aux richesses et aux grandeurs, mais elles ne dominaient point le malade, qui n'en parlait que lorsqu'on l'interrogeait. Il ne pouvait presque pas marcher ni se soutenir sur ses jambes. La parole était très-lente et embarrassée. Il lâchait involontairement sous lui toutes ses déjections, ce qui obligea de lui ôter ses vêtemens, qu'on remplaça par une blouse, et de le laisser habituellement attaché sur un fauteuil en forme de chaise percée.

Ces symptômes n'avaient point présenté de changement notable, lorsque V*** perdit tout-à-coup connaissance et tomba. Il succomba dix minutes après, le 29 octobre 1818.

Autopsie cadavérique. — Etat extérieur. Membres garnis de chairs épaisses et fermes.

Crâne. Sur toute la région supérieure de cerveau, l'arachnoïde était opaque et blanchâtre, mais d'une manière plus marquée sur la partie postérieure des hémisphères que sur l'antérieure, où elle était légèrement rouge.

On voyait, à la surface de cette membrane, deux ou trois petites élévations, ayant à-peu-près le volume du pouce et une apparence gélatineuse, et formées par un amas de sérosité infiltrée dans la pie-mère, lequel avait écarté les circonvolutions cérébrales, entre lesquelles il était placé, et avait soulevé l'arachnoïde. Cette membrane, très-épaissie, très-résistante, criait sous l'instrument et se détachait facilement de la convexité et de la face interne des hémisphères, auxquels elle était adhérente dans divers points. A mesure qu'on l'enlevait, il s'écoulait une très-grande quantité de sérosité, infiltrée dans le tissu de la pie-mère.

Les ventricules latéraux étaient pleins du même liquide; leur surface était parsemée de granulations très-nombreuses et sensibles au toucher. L'arachnoïde qui les revêt était très épaissie et facile à détacher de leur surface. L'extrémité postérieure de chaque plexus choroïde présentait un kyste séreux, du volume d'une noisette. Les vaisseaux encéphaliques étaient injectés; la substance cérébrale ferme.

L'abdomen et la poitrine ne furent pas ouverts.

Réflexions. Ce fait nous offre, d'un côté, l'ensemble des symptômes et des lésions organiques que nous avons remarqué dans les autres observations de la deuxième série, ce qui nous dispense de les examiner en détail, et, d'un autre côté, une altération qui doit seule fixer dans ce moment notre attention, je veux parler de l'adhérence de l'arachnoïde à quelques points de la surface du cerveau. Nous ne pouvons expliquer cette lésion par aucun des phénomènes que nous avons obser-

vés depuis l'entrée du malade à la Maison royale de Charenton jusqu'à sa mort ; mais en remontant au début de la maladie, nous voyons que V*** avait été atteint à cette époque d'un délire violent. Or, plusieurs des faits qu'on a lus plus haut, nous ont prouvé que l'inflammation du cerveau, consécutive à celle de l'arachnoïde, en vertu de laquelle la surface de celle-ci contracte des adhérences avec la substance grise, produisait des spasmes, des convulsions, des tremblemens, des rigidités, et quelquefois seulement une agitation violente. C'est ce dernier effet que nous remarquons dans l'observation présente. C'est donc au travail d'adhérence que nous devons l'attribuer. Mais, demandera-t-on, pourquoi aucun symptôme d'adhérence ne s'est-il manifesté pendant le séjour du malade à Charenton? C'est sans doute parce que l'inflammation du cerveau, qui est nécessaire pour la formation de ces points d'adhérence, ne s'est pas renouvelée ; car il serait contraire à la saine physiologie d'attribuer des phénomènes graves de convulsion ou de rigidité à une ancienne adhérence de l'arachnoïde au cerveau, qui ne serait accompagnée d'aucune irritation inflammatoire de ce dernier organe. Et dans le cas où une lésion de cette espèce aurait pu occasioner quelque symptôme spasmodique, la quantité de l'épanchement séreux aurait dû en diminuer l'intensité, ou même l'empêcher totalement, par la compression qu'il exerçait dans tous les sens sur la masse cérébrale. Les ob-

servations renfermées dans l'excellent ouvrage de M. le professeur Lallemand sur le ramollissement du cerveau, et les judicieuses réflexions dont elles sont suivies, viennent à l'appui des idées que nous venons d'émettre.

VIIIe. Observation.

Études opiniâtres; affaiblissement graduel des facultés. Bientôt après, démence semi-paralytique; démarche mal assurée. Plus tard, oblitération presque complète de toutes les idées; parole très-lente; marche impossible; déjections involontaires. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; très-grande quantité de sérosité à la base du crâne, à l'origine du canal vertébral et dans la pie-mère; ventricules énormément distendus et communiquant avec deux poches pleines du même fluide, situées sur les lobes moyens.*

M. R***, prêtre, âgé de cinquante-six ans, d'un tempérament lymphatique, d'une famille saine, se livrait sans cesse, avec une application soutenue, aux études les plus abstraites, lorsqu'au milieu de l'année 1816 il donna des marques d'un désordre dans les facultés de l'entendement. Il avait de fréquentes absences, et perdait souvent la mémoire d'événemens qui s'étaient passés depuis peu de jours sous ses yeux; il s'aperçut de l'affaiblissement de sa tête et du trouble de ses idées; et le chagrin qu'il éprouva de se voir dans un pareil état, le jeta dans une mélancolie profonde, qui dura six semaines environ. Dès-lors ses facultés s'affaiblirent rapidement, et il ne tarda pas à tomber dans un état de démence semi-paralytique accompagnée des symptômes suivans : tête pesante et embarrassée, plaintes fréquentes d'y ressentir des douleurs très-vives; idées extrêmement

circonscrites, bornées et incohérentes; perte complète de mémoire, au point qu'il ne reconnaît pas même le domestique qui le sert depuis dix-huit mois; démarche mal assurée, calme habituel.

Le 12 mai 1818, il est conduit dans la Maison royale de Charenton : à cette époque, face pâle et un peu bouffie, langue un peu embarrassée, parole tremblante, air de souffrance, plaintes, idées très-rétrécies et entièrement décousues, sans aucune prédominance; démarche vacillante; pleurs par momens; écoulement involontaire des urines et des excrémens; bon appétit, désir très-fréquent de manger.

Depuis cette époque, jusqu'à la fin de l'année, ces symptômes ont augmenté graduellement sans changer de caractère. Le malade s'est affaibli chaque jour, et à deux ou trois reprises il a perdu connaissance : elle s'est rétablie, chaque fois, peu de temps après; mais la paralysie générale a fait des progrès.

Le 4 janvier 1819, il n'entend aucune des questions qu'on lui fait, et reste entièrement étranger à tout ce qui l'environne; la perte de mémoire est si complète, qu'il a oublié jusqu'au nom des choses les plus nécessaires, comme le pain qu'il appelle de la *religion*. Son nom, celui de ses parens, des personnes qui le servent, Dieu, etc., ont également disparu de son esprit, et, si par momens il paraît conserver quelque souvenir de ces objets, il retombe bientôt dans son premier état : la sphère de ses idées est extrêmement bornée, et se rapporte principalement à ses premiers besoins; mais ces idées se présentent lentement à son esprit, et le plus souvent sans aucune cohérence; il parvient quelquefois à porter quelques jugemens, mais très-simples et utiles

à sa conservation, dont l'instinct a survécu à cette dégradation de l'entendement. Le plus souvent, le malade ne répond pas, ou répond par monosyllabes; sa parole est très-lente, sa démarche tellement chancelante, qu'il a de la peine à se soutenir sur ses jambes, et qu'il fait des chutes fréquentes; ses excrétions sont involontaires. Il reste ordinairement ou attaché sur un fauteuil en forme de chaise percée, ou dans la cour de son quartier, faisant quelques pas mal assurés, s'appuyant au mur ou aux arbres pour ne pas tomber, ayant l'expression de l'oblitération des facultés unie à un air de souffrance qui lui fait faire des plaintes de temps en temps et prononcer souvent les mots de *mon ami*, *mon pauvre ami*, *malade*, etc. Il est tourmenté par un appétit continuel, et demande souvent à manger.

Le 31 mars, face très-pâle, sans expression et bouffie; impossibilité de se soutenir sur ses jambes; plaintes continuelles; affaiblissement des forces; amaigrissement progressif; désir continuel de manger; dévoiement.

Pendant le mois d'avril, continuation de la diarrhée et des autres symptômes; chute progressive des forces. Au commencement de mai, diarrhée; prostration complète; maigreur extrême; entendement anéanti, point de réponses aux questions, ni de signe qui indique qu'elles font une impression sur lui; aphonie : de temps en temps cris confus et plaintifs. Le 22 mai, affaissement porté au dernier degré; pouls lent et très-petit; respiration courte et embarrassée. Le 23, mort.

Ouverture cadavérique. — Habitude extérieure. Cadavre dans un état de marasme complet.

Crâne. Épanchement d'une grande quantité de sérosité à la base du crâne et dans le canal vertébral; une

once environ du même fluide entre les deux feuillets de l'arachnoïde; cette membrane, blanchâtre et opaque dans plusieurs points, assez transparente dans d'autres, où elle laissait voir sous elle de la sérosité, qui lui donnait une apparence gélatineuse. Elle était épaissie, très-résistante, facile à enlever de la surface du cerveau; sa surface extérieure offrait une foule de granulations excessivement ténues, sensibles à l'œil seulement dans certaines positions. La pie-mère, très-rouge, était infiltrée d'une grande quantité de sérosité, qui s'écoulait de toutes parts et tombait dans les anfractuosités. Toutes ces altérations des méninges se remarquaient principalement sur la convexité des hémisphères du cerveau. On voyait à la base de la masse encéphalique, sous chaque lobe moyen, une espèce de poche irrégulière, transparente, molle, ayant une forme allongée, plus large et plus distendue en avant qu'en arrière, libre dans sa partie inférieure, qui était logée dans la fosse latérale et moyenne de la base du crâne, adhérente au cerveau dans la supérieure : elle était remplie par une sérosité limpide, et l'on remarquait dans son intérieur des filamens de tissu cellulaire qui s'entrelaçaient en divers sens, et dont les aréoles, infiltrées du même fluide, avaient un aspect gélatineux. Une membrane peu épaisse séparait en haut la cavité de cette poche de celle des ventricules latéraux, dont la substance cérébrale, qui forme leur paroi inférieure, avait entièrement disparu. Cette cloison était percée en quelques endroits, de manière qu'il existait une communication entre ces dernières cavités et celle de la poche séreuse. La substance cérébrale sur laquelle cette poche était appliquée, était ramollie et réduite en petits fragmens blanchâtres. Les

ventricules latéraux, très-vastes, étaient énormément distendus par la sérosité. Le reste du cerveau était sain.

La poitrine et l'abdomen ne furent pas ouverts.

Réflexions. Nous avons vu dans le sommaire des observations de la deuxième série, que le caractère anatomique qui nous a servi à les rapprocher, était l'abondance de la sérosité épanchée dans les cavités ou à la surface du cerveau. L'observation qu'on vient de lire est un exemple de cette altération portée au plus haut degré; altération qui nous sert à expliquer de la manière la plus satisfaisante tous les symptômes que ce fait a présentés. Au début, l'irritation de l'arachnoïde était légère, et détermina bientôt une exhalation abondante de sérosité, ce qui nous rend raison des phénomènes qu'on observait à cette époque, savoir : les absences d'esprit, l'affaiblissement des facultés, la paralysie incomplète, et l'absence du délire ambitieux et de l'agitation. Dès-lors, l'épanchement séreux, et par conséquent la compression du cerveau, augmentèrent graduellement. La paralysie générale et incomplète et la démence firent des progrès successifs et correspondans.

Dans les derniers temps de la maladie, une oblitération complète des facultés intellectuelles, et une difficulté extrême dans tous les mouvemens, furent la suite d'une compression excessive du cerveau, comme le prouve l'énorme quantité de sérosité infiltrée dans la pie-mère et épanchée à la base du crâne, dans les ventricules latéraux

et dans la poche séreuse qui se trouvait à la base du cerveau, sur les lobes moyens.

Il est assez facile d'expliquer la formation de cette espèce de poche : l'accumulation de la sérosité se sera faite primitivement dans les ventricules latéraux ; après avoir distendu outre mesure ces cavités, elle aura usé peu-à-peu, s'il est permis de s'exprimer ainsi, la substance cérébrale qui forme leur paroi inférieure, et, perçant l'arachnoïde ventriculaire, elle se sera infiltrée dans les mailles de la pie-mère de la base du cerveau ; elle se sera amassée ensuite peu-à-peu dans ce réseau cellulo-vasculaire, et aura détaché progressivement l'arachnoïde qui recouvre les lobes cérébraux, dont elle aura formé une sorte d'enveloppe séreuse.

On conçoit que de semblables délabremens n'ont pu avoir lieu sans que le cerveau ait eu à supporter une compression extrême, et l'on pourrait s'étonner que l'oblitération complète de l'entendement et des mouvemens n'eût pas été plus prompte, s'il n'était pas probable que les principales altérations ont eu lieu dans les derniers mois de l'existence.

IXe. Observation.

Manie. Peu de temps après, démence tranquille ; démarche très-chancelante ; parole traînante. Un an après, stupidité complète ; paralysie générale du sentiment et du mouvement ; immobilité, même lorsqu'on pince le malade ; aphonie. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules ; fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde ; douze onces de sérosité sur les hémisphères*

cérébraux ; ventricules pleins du même liquide ; pie-mère rouge et très-injectée.

Louis Léveillé, soldat de la Garde royale, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, avait éprouvé un chagrin très-vif de se voir retirer, pour un acte d'insubordination, la décoration de la Légion-d'Honneur dont il était revêtu. Il avait donné des marques d'aliénation sur lesquelles on n'a donné aucun renseignement, lorsqu'il est entré, vers la fin du mois d'août 1819, à l'hôpital du Gros-Caillou, où il est resté quinze jours environ dans un état de délire, tantôt calme et tranquille, tantôt très-agité et brisant tout ce qui se trouvait sous sa main.

Le 11 septembre 1819, jour de son entrée à la Maison royale de Charenton, il a la face pleine, hébêtée, avec un air remarquable de contentement; il répond avec lenteur et souvent par monosyllabes aux questions qu'on lui fait; il a un regard et un sourire niais; il dit souvent qu'il se porte bien, qu'il va bien; il a oublié les choses les plus communes, telles que le numéro de son régiment, le nom de son colonel, son âge, etc.; il paraît avoir des idées de fortune, dont il ne parle point, à cause de l'abattement des facultés intellectuelles; la démarche est chancelante; la parole lente et traînante; il dort bien, mange beaucoup et avec voracité.

Ces symptômes font des progrès notables pendant les premiers mois de son séjour à la Maison de Charenton; ensuite ils restent stationnaires, et jusqu'au mois de septembre 1820 le malade est dans l'état suivant : Sensations très-obtuses; peu de douleur lorsqu'on le pince fortement; regard stupide, vague et incertain ou fixe; il faut lui parler à

haute voix et dans l'oreille pour fixer un peu son attention aux questions qu'on lui fait; le plus souvent il ne les comprend pas, et fait entendre quelques sons mal articulés; oblitération des facultés intellectuelles; nul souvenir de tout ce qui lui est arrivé et de ce qui se passe tous les jours sous ses yeux; oubli complet de tout état antérieur; sphère des connaissances réduite à quelques idées ambitieuses incohérentes ou relatives à ses premiers besoins : il dit qu'il est riche, qu'il se porte bien, qu'il mange bien, etc. Paralysie générale et incomplète très-avancée; voix obscure; langue très-embarrassée, rendant la parole entrecoupée, tremblante et mal articulée; démarche lente, très-difficile, qui a lieu en traînant les jambes; calme continuel. Il reste assis sur un banc dans le chauffoir, les mains sur les genoux, la tête légèrement baissée, dans un silence apathique constant, et sans faire un seul mouvement; par momens il se lève, reste long-temps debout sans changer de place, ou bien il erre çà et là dans les cours sans motif et sans dessein.

Dans le mois de septembre, il ne peut plus articuler; lorsqu'il veut parler, il fait entendre des sons inintelligibles et confus, qui se prolongent long-temps dans sa bouche; il ne peut plus marcher, ni se soutenir sur ses jambes; les excrétions sont continuelles et involontaires. On lui met la blouse et on l'attache sur un fauteuil en forme de chaise percée, afin de l'empêcher de tomber; il continue à manger avec voracité et sans pouvoir être rassasié : son embonpoint est considérable.

Au commencement de janvier 1821, augmentation de tous les symptômes; idiotisme symptomatique absolu; face abrutie; sensations si obtuses, qu'il sent à peine lorsqu'on le pince très-fortement; yeux fixes et éteints.

Il est incapable de comprendre l'idée la plus simple; cependant il tourne un peu les yeux lorsqu'on l'appelle à haute voix. Paralysie générale; aphonie complète; décubitus dorsal; membres étendus sur les parties latérales du tronc, et ne faisant aucun mouvement, même lorsqu'on les pique; faim dévorante, embonpoint énorme. Vers le 15, il se forme deux escarres très-étendues au sacrum, qui sont suivies d'une plaie brunâtre, profonde, fournissant un pus fétide et abondant. A chaque pansement il se détache des lambeaux de chair sans nul signe de douleur. Pouls fort et sans fréquence; voracité; état d'obésité monstrueux; membres ayant une fois et demie leur volume naturel; face distendue par la boufissure graisseuse; respiration gênée. Ne pouvant plus faire un seul mouvement, le malade distingue les alimens qu'on lui présente, les saisit avec la bouche par une espèce d'impulsion instinctive. De toutes les facultés de l'entendement humain il ne lui reste que quelques sensations confuses.

Le 20 janvier, la plaie s'agrandit énormément; la respiration est très-difficile, la bouche entr'ouverte. Cependant le malade mange encore les potages que lui donne l'infirmier.

Le 25, coma, pouls faible et lent. Le 27, mort.

Ouverture du cadavre. — Obésité extrême: trois pouces de graisse sur les cuisses, et deux aux jambes, avec une légère infiltration séreuse. Sacrum découvert par une plaie profonde.

Crâne. La dure-mère est distendue. En ouvrant cette membrane, il s'écoule avec jet douze onces environ de sérosité légèrement sanguinolente, épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde et occupant la partie

antérieure et supérieure des hémisphères cérébraux. Lorsqu'elle s'est échappée en entier, la dure-mère, trop vaste pour le cerveau, forme des rides et des plis à sa surface. Les anfractuosités sont resserrées, les circonvolutions aplaties, et les hémisphères, extrêmement comprimés en devant, se terminent en pointe dans ce sens, et figurent une espèce de triangle, dont la base est postérieure et le sommet antérieur. En mesurant comparativement l'étendue transversale de la région supérieure du cerveau dans différens points, et celle de la voûte du crâne qui lui correspond, on voit que cette région remplit exactement toute la voûte en arrière, tandis qu'elle en est séparée en devant par un espace qui est d'un pouce au moins de chaque côté sous les fosses frontales.

Il y a une fausse membrane dans toute la cavité de l'arachnoïde, excepté dans les fosses occipitales et sur le cervelet. Elle a une ténuité arachniforme dans certains endroits; elle est plus épaisse dans d'autres, et se sépare avec la plus grande facilité du feuillet arachnoïdien de la dure-mère, avec lequel elle est en contact par sa face externe. Sa face interne, rougeâtre, offre çà et là des points d'un rouge plus foncé. L'arachnoïde de la dure-mère est très-injectée.

La face externe de l'arachnoïde cérébrale offre, sur les parties latérales des hémisphères, de très-petits caillots de sang. Cette membrane est épaissie et un peu plus résistante que dans l'état naturel sur les parties antérieure et supérieure des hémisphères cérébraux, où elle est adhérente dans quelques points à la substance corticale : elle est adhérente à elle-même dans la grande scissure, et injectée sur toute la surface encéphalique,

excepté au cervelet. La pie-mère est rouge, injectée de beaucoup de sang, qui tombe dans les anfractuosités en la détachant. Les ventricules latéraux, pleins de sérosité, offrent quelques granulations à leur surface. La substance cérébrale est saine.

Les viscères abdominaux et thoraciques sont plongés dans une atmosphère graisseuse. L'estomac, très-retiré sur lui-même, présente des rides volumineuses de sa membrane muqueuse, qui est légèrement rosée.

Réflexions. Cette observation nous offre un rapport frappant entre les symptômes et les lésions organiques trouvées à l'ouverture du cadavre.

Au début, le malade était souvent agité et violent, phénomène qui dans la méningite chronique est toujours un symptôme de l'irritation du cerveau. Or, l'examen du crâne nous a présenté un épaississement notable de l'arachnoïde cérébrale, quelques adhérences de cette membrane à la substance corticale, et une fausse membrane sur sa face libre. Toutes ces altérations sont le résultat évident d'une inflammation qui n'a pu exister sans irriter l'encéphale. Plus tard, il est arrivé dans cette phlegmasie séreuse ce qui est si fréquent dans les inflammations chroniques des membranes de la même espèce : l'irritation a diminué; une abondante quantité de fluide séreux a été exhalée dans les ventricules et à la surface du cerveau; dès-lors l'agitation a fait place à un état de démence tranquille; il s'est manifesté une paralysie générale et incomplète très-marquée. A cette épo-

que, le malade conservait encore quelques idées qui étaient marquées au coin de l'ambition. Or, l'autopsie nous a montré l'injection sanguine de la pie-mère, que nous regardons comme la condition organique de cette espèce de délire.

Vers la fin de la maladie, Léveillé tomba dans un état de stupidité absolue, d'insensibilité et de paralysie générale et incomplète. C'était un automate vivant, doué de quelques sensations très-confuses, plutôt qu'un homme. Ces symptômes auraient suffi pour faire diagnostiquer la cause dont ils dépendaient, c'est-à-dire une compression énorme du cerveau; mais l'ouverture du cadavre a pleinement confirmé cette induction, en montrant cet organe placé entre deux puissances compressives très-fortes, savoir : d'un côté, une grande quantité de sérosité qui distendait ses ventricules, et d'un autre côté, douze onces environ du même fluide, qui, pesant sur sa région supérieure, avaient aplati ses circonvolutions et resserré ses anfractuosités. Ainsi cette observation est l'exemple où l'épanchement séreux et la destruction des mouvemens et des facultés ont été le plus considérables.

Nous possédons si peu d'histoires particulières sur l'aliénation mentale, accompagnées des détails de l'autopsie cadavérique, que nous ne devons pas omettre le petit nombre de celles que nous avons trouvées dans les auteurs, quelque incomplètes qu'elles soient.

Les observations les plus remarquables que nous ayons rencontrées appartiennent à Meckel, et font partie d'un Mémoire inséré dans l'*Histoire de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Berlin*, ann. 1764, p. 65. Elles sont au nombre de quinze, et nous montrent toutes des altérations plus ou moins graves des méninges, coïncidant dans plusieurs cas avec une augmentation de consistance du cerveau.

Meckel attribue la folie à cette dernière altération (s'il est permis de lui donner ce nom), qui, rendant, d'après lui, la substance encéphalique plus sèche et plus légère, resserre les canaux médullaires du cerveau, et entrave plus ou moins ou empêche la circulation des esprits vitaux.

Cet auteur est si persuadé de la vérité de cette explication, qu'il n'examine pas même si les lésions des méninges et les épanchemens de sérosité qu'il a décrits, peuvent avoir exercé quelque influence sur le dérangement des facultés. Cette circonstance doit augmenter la confiance que méritent les cinq observations que nous allons citer.

Les trois premières, malgré le défaut de détails, nous montrent, comme celles de la deuxième série que nous venons d'examiner, un état de démence et de stupidité accompagné d'une paralysie générale et incomplète, qui paraît évidemment occasioné par une inflammation chronique des méninges et par un épanchement très-abondant de sérosité à la surface et dans les cavités du cerveau;

les deux dernières nous offrent, d'un côté, un délire avec agitation ou fureur, et, de l'autre, des traces très-manifestes d'une irritation vive de l'encéphale.

1re *Observ.* « Un soldat nommé Poseler, qui avait passé quelque temps au Lazaret, avait été atteint d'une paralysie qui ne lui permettait ni de marcher, ni de se tenir debout, ni de parler distinctement. Il n'était pas en état de porter les morceaux à sa bouche, et il fallait que d'autres lui rendissent cet office; il se déchargeait aussi involontairement de l'urine et des excrémens sans éprouver aucune sensation.

» Son cadavre fut porté le 24 mars à l'amphithéâtre anatomique, et je le disséquai le lendemain. Le crâne étant ouvert, il se trouva une hydropisie causée par l'extravasation de la sérosité très-abondante, tant extérieurement entre l'arachnoïde et la pie-mère, qu'intérieurement dans les ventricules. La dure-mère était partout le double plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement, durcie et posée sur le cerveau d'une manière si relâchée et avec tant de plis, qu'il était facile de s'apercevoir qu'il y avait beaucoup de lymphe extravasée entre elle et l'arachnoïde; la conviction fut entière, lorsqu'après avoir détaché la tête du cou, et ouvert les vertèbres, on trouva aussi quantité de cette lymphe extravasée qui s'était écoulée du crâne par le grand trou de l'occiput, et qui s'était répandue dans la cavité de la moelle spinale. Cette lymphe avait comprimé le cerveau, et les glandules externes de la dure-mère épaissis en sortaient, et se montraient aussi intérieurement réunis en grand nombre à l'endroit où les veines entrent dans les sinus; elles

étaient durcies et copieusement cohérentes. Les vaisseaux, tant à la surface de la pie-mère que dans le cerveau, étaient tous gonflés de sang. La tunique arachnoïdienne était durcie, épaisse et blanche, et entre elle et la pie-mère il y avait une très-grande quantité de lymphe tenace et épaissie. Les lobes du cerveau à sa surface et dans sa substance même étaient comprimés et beaucoup plus aplatis qu'ils ne le sont naturellement. Le poids de la substance médullaire était plus grand que de coutume, puisqu'un cube de trois lignes, après des essais réitérés fréquemment, pesait huit grains et un quart; ce qui venait incontestablement de la réplétion et de la compression du cerveau, qui faisait qu'un plus grand nombre de vaisseaux et de tuyaux étaient renfermés ou condensés dans un moindre espace. La substance du cerveau avait une ténacité qui résistait au déchirement; cependant elle n'était pas sèche et élastique. Les ventricules du cerveau étaient tout-à-fait remplis d'une lymphe stagnante, et cette hydropisie les avait dilatés en grandes cavités. Cette lymphe, à l'endroit où les plexus choroïdes se terminent vers l'extrémité antérieure de la voûte, et vont se rendre latéralement sous elle dans le troisième plexus, avait ouvert le ventricule tricorne dans la cavité du troisième, de façon que cette lymphe avait coulé, par le trou que ce déchirement avait fait, du ventricule tricorne dans le troisième, et par le déchirement du septum d'un tricorne, dans l'autre. »

2° *Observ.* « Un autre soldat nommé Wachsmuth, avait été long-temps au Lazaret, dans un état de stupidité et de démence, sans aucun intervalle lumineux, ne disant jamais un mot de bon sens, et privé de la mémoire. Je disséquai son cadavre le 9 mai 1756.

» Quand le crâne eut été ouvert, la dure-mère s'en trouva séparée, affaissée et pliée, à cause de la compression que le cerveau avait soufferte par la lymphe extravasée entre la pie-mère et l'arachnoïde. Les glandules de la dure-mère, tant les externes que les internes dites pacchioniennes, étaient abondantes, dures, et dans une expansion beaucoup plus grande que naturellement. L'os du sinciput était aplati contre le crâne, des deux côtés, d'une manière tout-à-fait singulière, ayant extérieurement une fosse profonde dans la longueur de l'os entier, et intérieurement une avance égale à cette fosse, qui comprimait le cerveau. Il y avait dans les ventricules du cerveau une si grande quantité de lymphe extravasée, que son poids allait au-delà de huit dragmes. Cette lymphe avait tellement comprimé la substance médullaire de son hémisphère gauche, qu'à peine avait-elle la moitié de son épaisseur naturelle; la corticale était plus épaisse au côté droit. Cette stagnation de la lymphe avait amolli et mis comme en solution la substance médullaire, dont le poids ne différait pas de l'état naturel, un cube susdit pesant huit grains. »

3e. *Observ.* « Un jeune français, nommé Chambereau, qui, dès sa première jeunesse, avait été attaqué d'une débilité de nerfs et d'esprit, qui ne lui avait permis aucun usage de la raison, s'était trouvé réduit à l'état des animaux; on n'avait pu lui enseigner à porter la main à la bouche pour y introduire les alimens qu'il fallait lui donner, et qu'il ne laissait pas de dévorer avec une grande avidité. Il faisait ses nécessités naturelles, comme un enfant, sans s'en apercevoir. Il n'y avait qu'un instinct animal qui lui fît prendre des alimens et lui inspirât du penchant pour le sexe, puisqu'il ne pouvait pas

prononcer un seul mot d'une manière distincte et articulée. Etant mort au Lazaret le 16 décembre 1761, je disséquai son cadavre le 20.

» Après l'ouverture du crâne, au lieu des glandules pacchioniennes de la dure-mère, je ne trouvai qu'une matière purulente, épaisse, tenace, répandue entre les veines du cerveau qui s'insèrent au sinus falciforme supérieur.

» Quant à la dure-mère, elle était durcie, calleuse et plus épaisse qu'elle ne l'est naturellement; entre elle et le cerveau il y avait une copieuse quantité de sérosité de couleur brune, dans un état de stagnation, qui avait comprimé le cerveau. On ne remarquait rien de contraire à l'état naturel dans le reste du cerveau; la substance corticale était d'une couleur pâle cendrée, et la substance médullaire blanche avait sa consistance ordinaire. Le poids d'un cube susdit de cette substance était de huit grains. Il n'y avait aucun défaut dans les autres parties du corps. »

4e. *Observ.* « Un insensé, nommé Kleyen, qui était furieux, mais qui avait des intervalles de raison, fut apporté du Lazaret à l'amphithéâtre après sa mort. C'était un corps vigoureux, et dont toutes les parties internes avaient leur état naturel, excepté la vessie, qui contenait douze livres d'urine, quoiqu'il n'y eût aucun défaut apparent ni à l'urèthre, ni au col de la vessie.

» Le crâne ayant été ouvert, tous les vaisseaux des méninges, tant de la dure-mère que de la pie-mère, parurent extrêmement gonflés de sang; il y avait une sérosité gélatineuse rougeâtre, abondamment répandue autour du cerveau, sous la tunique arachnoïde; et la substance corticale même tirait sur le rouge, à cause du sang ar-

rêté dans les vaisseaux. Aux processus falciformes de la dure-mère se trouvait attaché un os large, raboteux, et comme armé de plusieurs éminences pointues, qui piquaient l'hémisphère droit du cerveau, de façon que cette partie du cerveau, gonflée de sang, était comme enflammée. Dans les parties internes, c'est-à-dire les plexus choroïdes, les vaisseaux du cerveau étaient tout-à-fait gonflés de sang, et les ventricules même du cerveau étaient remplis jusqu'à la base d'une sérosité sanguinolente. »

5e. *Observ.* « Les circonstances étaient à peu près les mêmes chez un vieillard de 66 ans, qui avait achevé sa vie à l'hôpital de la Charité, éprouvant de temps en temps des mouvemens spasmodiques du corps, qui étaient accompagnés d'absence d'esprit et de délire. Son cadavre ayant été porté à l'amphithéâtre anatomique, je fis la dissection du cerveau, et ayant ouvert le crâne, je trouvai les méninges enflammées, et à la partie intérieure de la faux de la dure-mère, un petit os très-aigu, de la longueur d'un demi-pouce, qui tenait fortement aux lobes du cerveau de part et d'autre. La substance du cerveau n'était cependant altérée par aucune suppuration, mais elle avait assez de densité et de ténacité. La glande pinéale, comme de coutume, était remplie de plusieurs petites pierres. »

TROISIÈME SÉRIE.

Sommaire des Observations de la Troisième Série.

1°. *Symptômes.* Pendant les premiers temps, monomanie ambitieuse; prédominance continuelle d'idées de grandeur et d'opulence; affaiblissement des facultés; peu de suite

dans les raisonnemens; exaltation ou agitation; embarras plus ou moins marqué dans la prononciation et la démarche. Peu de temps après et durant la plus grande partie du cours de la maladie, phénomènes spasmodiques qui peuvent se présenter sous des formes très-variées, et qu'on peut réduire aux suivantes :

1°. Une agitation convulsive générale, extrêmement violente et aveugle, qui est tantôt continue et tantôt périodique, et toujours accompagnée d'un bouleversement complet des facultés intellectuelles et des idées;

2°. Des attaques épileptiformes plus ou moins fréquentes, dont les intervalles sont marqués par un état de calme ou d'agitation; une paralysie générale et incomplète; des idées de grandeur et de richesse plus ou moins dominantes et une grande faiblesse des facultés intellectuelles;

3°. Des tremblemens et des convulsions plus ou moins considérables d'un, de plusieurs membres ou de tout le corps; des contractures avec rigidité de ces parties; des extensions tétaniques locales ou générales, quelquefois avec des tremblemens, symptômes qui sont toujours accompagnés d'idées ambitieuses plus ou moins incohérentes et d'une paralysie générale et incomplète.

Dans la dernière période, quand les malades y parviennent, ce qui est rare, continuation des phénomènes spasmodiques; tantôt idées ambitieuses entièrement incohérentes et très-bornées, tantôt anéantissement complet des idées et des facultés; prononciation extrêmement difficile; marche impossible; excrétions involontaires.

2°. *Lésions organiques.* Sur la convexité et la face interne des hémisphères, épaississement plus ou moins considérable de l'arachnoïde; diminution de transparence; augmentation très-marquée de cohésion et de consistance de cette membrane. Sur les mêmes parties, infiltration séreuse; injection et souvent rougeur de la pie-mère.

Méninges (arachnoïde et pie-mère) adhérentes au cerveau, tantôt sur la plus grande partie ou la totalité de la surface des hémisphères, tantôt sur un nombre plus ou moins considérable de points de leur face interne et de leur convexité. Dans tous les endroits où existent ces adhérences, la substance grise des circonvolutions ramollie à la profondeur d'un quart de ligne à une ligne, ou même une ligne et quart, plus ou moins injectée, ayant souvent une couleur légèrement rosée, qu'on observe à un plus faible degré dans les autres lieux et dans les anfractuosités, dans lesquelles on ne voit jamais d'adhérences.

Épanchement plus ou moins abondant de sérosité à la base du crâne et dans les ventricules latéraux, qui en sont quelquefois distendus. Arachnoïde ventriculaire épaissie et couverte de granulations extrêmement ténues, sensibles au toucher et à la vue, et souvent à la vue seulement.

Cerveau sain, tantôt ayant sa consistance naturelle, tantôt ferme ou mou, ordinairement injecté.

Première Observation.

Monomanie ambitieuse ; guérison au bout de trois mois ; ensuite retour du délire exclusif avec beaucoup d'agitation. Peu de temps après, manie violente avec les mêmes idées dominantes ; mouvemens spasmodiques des membres ; fureur presque continuelle pendant près de six mois. Après cette époque, démence ou idées abolies ; paralysie incomplète très-marquée ; grincemens de dents. Plus tard, impossibilité de marcher ; deux attaques de congestion. *Méningite chronique des hémisphères ; adhérence de l'arachnoïde à plusieurs endroits du cerveau ; pie-mère extrêmement injectée, infiltrée de sérosité ; ventricules pleins du même liquide.*

M. Jean-Baptiste D***, garde du génie, âgé de quarante-trois ans, d'un tempérament sanguin, et d'un caractère doux et bon, mais vif et emporté, issu d'une famille dans laquelle on ignore s'il y a eu des aliénés, avait

toujours mené une conduite régulière pendant une carrière militaire de vingt-deux ans. Il éprouvait depuis assez long-temps des chagrins domestiques, lorsqu'il fut atteint d'un délire ambitieux, vers le mois d'octobre 1818. Il se croyait empereur, et possédait des masses d'or. Cet état, qui ne paraissait pas avoir été précédé par une attaque de congestion cérébrale, se dissipa entièrement au bout de trois mois environ de séjour dans la maison de santé de M. Dubuisson. Le malade partit alors pour son pays, et se livra de nouveau aux travaux de sa profession; mais dix à douze jours après, il retomba dans un état de manie ambitieuse, qu'on attribua à la fatigue occasionée par ses occupations. Il était très-agité, et parlait continuellement; il était Dieu, engloutissait Paris et le faisait aussitôt sortir de ses ruines, etc.; il était violent lorsqu'on le contrariait, ne dormait pas un seul instant et mangeait beaucoup.

Le 11 août 1819, il fut conduit à la Maison royale de Charenton. Ce jour-là, loquacité, langue embarrassée, idées ambitieuses dominantes. Il est roi de Paris, empereur des Français; il a des millions, etc.; deux jours après, agitation extrême (camisole), cris, vociférations, mouvemens continuels des membres, incohérence complète dans les idées et les actions. Le 20, même état, loquacité continuelle. Voici un exemple de son langage: J'ai toutes les décorations de l'univers; je serai toujours empereur, on ne peut me dégrader; je ferai payer vingt-neuf mille millions; j'ai détruit Marie-Louise d'Autriche avec mon épée; j'ai tous les millions; je coupe un homme en deux, il en repousse un autre; je soulève toutes les difficultés de l'état; inspecteur du nord et du midi, c'est un fameux rayon çà; je suis ministre d'état, etc., etc.

Le malade resta cinq à six mois environ dans cet état. Son agitation devint si violente, qu'il déchirait tous les liens dont on se servait pour le retenir, et qu'on fut obligé de l'enfermer nu dans une chambre, où il exerçait sa fureur aveugle sur la paille qui lui servait de lit. Dans les momens où l'agitation était moindre, on observait un peu d'embarras de la langue et un peu de gêne de la parole. Cependant il continuait d'avoir un excellent appétit.

Au bout de six mois environ, l'agitation diminua, et fut bientôt remplacée par un état de démence avec paralysie incomplète générale. La prononciation était confuse et tremblante, la démarche chancelante, les excrétions involontaires, les facultés extrêmement affaiblies, et les idées presque entièrement abolies. Celles qui lui restaient étaient très-circonscrites, et uniquement relatives aux richesses et aux grandeurs ; la face était sans expression et abrutie. Il y avait de temps en temps des grincemens de dents, les pieds étaient œdématiés et couverts d'ulcères atoniques.

Dans le mois de février 1820, augmentation de la paralysie et de la démence, impossibilité de marcher. Dans le mois de juin, attaque de congestion cérébrale, perte de connaissance, qui revient bientôt ; huit ou dix heures après, retour à son état antérieur. (M. Royer-Collard prescrit un lavement purgatif, quarante sangsues au cou et des sinapismes aux pieds.) Dans les premiers jours de juillet, nouvelle attaque, accompagnée de convulsions générales, et suivie d'un état de stupidité complète. Appétit toujours vorace. Le 6 juillet, embarras de la respiration, mort.

Autopsie cadavérique. — Etat extérieur. Cadavre musculeux et bien conformé.

Crâne. Un peu de sérosité sur les hémisphères cérébraux, une quantité assez considérable du même liquide à la base du crâne.

Arachnoïde offrant une teinte opaque et blanchâtre sur la convexité et la face interne des hémisphères, soulevée en plusieurs endroits par des amas de sérosité infiltrée dans la pie-mère, épaissie, beaucoup plus résistante que dans son état naturel, adhérente en plusieurs endroits à la substance corticale, saine sur le cervelet. Pie-mère offrant une rougeur très-foncée, extrêmement injectée dans ses petits comme dans ses gros vaisseaux, et infiltrée de beaucoup de sérosité. Les ventricules latéraux et moyens pleins du même fluide. La substance cérébrale très-molle, très-injectée et présentant une couleur rosée.

Thorax. Tous les organes de cette cavité sains.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac épaissie, recouverte d'une couche de mucosités épaisses, jaunâtres et sanguinolentes, et offrant dans plusieurs endroits des points d'un rouge foncé. Les autres organes sains.

Réflexions. Les observations de la première série nous ont présenté en général la marche que suit ordinairement la méningite chronique. Nous avons vu la maladie être occasionée par une congestion sanguine, lente ou subite, dans les vaisseaux de la pie-mère, laquelle n'a pas tardé de produire une irritation plus ou moins vive de l'arachnoïde, et par suite du cerveau. C'est à ces altérations que nous avons attribué les symptômes de la première période de la maladie, savoir : un

délire caractérisé par des idées dominantes de grandeur et d'opulence, un état d'exaltation, et une gêne plus ou moins marquée dans la prononciation et la démarche.

Cette première époque a souvent été suivie d'un délire général plus ou moins violent, entièrement semblable à celui qui caractérise la manie, et accompagné des mêmes idées ambitieuses dominantes que dans la première période, symptômes qui nous ont paru dépendre uniquement d'une augmentation de l'inflammation de l'arachnoïde, et par conséquent de l'irritation du cerveau. D'autres fois nous avons vu succéder à la première période un ensemble de phénomènes qui, même dans le cas cité plus haut, se sont toujours manifestés vers la fin de la maladie; tels sont : un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles, qui a fini par dégénérer en un état de démence et même d'imbécillité, et une paralysie incomplète souvent très-intense, qui affectait tout le système musculaire. L'ouverture des cadavres nous a prouvé que ces symptômes étaient constamment le résultat d'une compression du cerveau, exercée sur cet organe par l'arachnoïde épaissie, mais surtout par une grande quantité de sérosité qui était épanchée à la surface du cerveau, infiltrée dans le tissu de la pie-mère, et accumulée dans les ventricules.

Les observations de la deuxième série nous ont présenté l'épanchement de ce dernier fluide survenant presque dès le début de la maladie, augmentant

graduellement, parvenant à un degré beaucoup plus considérable, et donnant lieu aussi à des symptômes de compression du cerveau beaucoup plus intenses, tels qu'une oblitération à-peu-près complète et générale des facultés et des mouvemens.

Les observations de la troisième série vont maintenant nous occuper ; mais avant d'entreprendre l'analyse raisonnée de celle qu'on vient de lire, nous devons rappeler quelques faits relatifs à la pathologie du cerveau, qui serviront d'appui à ce que nous allons dire, en même temps qu'ils pourront contribuer à jeter quelque jour sur une matière si obscure par elle-même.

M. le professeur Lallemand a prouvé de la manière la plus convaincante, dans ses excellentes *Recherches sur l'encéphale*, que le ramollissement du cerveau qu'il a décrit, était le résultat d'une inflammation, et que cette inflammation déterminait presque toujours une contraction spasmodique, permanente ou périodique, dans le système musculaire, et caractérisée par des convulsions, des tremblemens, des rigidités, des contractures dans le côté du corps opposé à la lésion cérébrale. Les observations de méningite chronique que renferme cette troisième série, confirmeront entièrement l'opinion de M. Lallemand, quant à ce dernier point; mais elles pourront aussi prouver que cet auteur a avancé d'une manière beaucoup trop générale que les affections de l'arachnoïde simples et non compliquées d'une *altération du tissu*

du cerveau (p. 277), produisent les mêmes phénomènes spasmodiques que le ramollissement de cet organe, et qu'elles se distinguent de cette dernière affection en *ce qu'elles ne sont pas suivies de paralysie* (p. 278).

Nous avons vu toutes les observations des deux premières séries en contradiction complète avec cette dernière proposition. Toutes nous ont présenté une paralysie incomplète et générale, qui, assez légère dans les premiers temps, s'est toujours terminée par une impossibilité plus ou moins totale de prononcer et de marcher, et par un écoulement involontaire des déjections urinaires et alvines. M. Lallemand ne pouvait donc pas affirmer d'une manière générale que l'arachnitis n'occasione point de paralysie, à moins que par ce mot il entende seulement la privation complète du sentiment et du mouvement d'un des côtés du corps.

Les observations des deux premières séries pourront aussi servir à réfuter l'autre proposition de M. Lallemand, que l'arachnitis produit les mêmes phénomènes spasmodiques que le ramollissement cérébral. En effet, aucune d'elles ne nous présente ces phénomènes, excepté celles où il existait une adhérence de l'arachnoïde au cerveau. D'un autre côté, dans les observations de la troisième série, où nous découvrirons constamment cette altération à l'ouverture du cadavre, nous observerons toujours des symptômes de contraction

spasmodique. Or, comment se sont formées ces adhérences de l'arachnoïde à la substance grise? C'est évidemment parce que l'inflammation de cette membrane s'est propagée au cerveau, et que celui-ci a éprouvé une altération analogue à celle qui se passe dans son tissu, lorsqu'il s'enflamme primitivement. Les phénomènes d'irritation musculaire que nous offrent les observations d'arachnitis renfermées dans l'ouvrage de M. Lallemand, dépendaient donc du ramollissement du cerveau, qui existait simultanément, de même que ceux qu'on va lire dans cette série dépendent de la même cause. Mais, dans ces complications qui sont si fréquentes, les symptômes spasmodiques ont un caractère particulier et des formes qui leur sont propres et qui peuvent dans tous les cas servir de base au diagnostic.

Examinons maintenant la première observation de la troisième série.

Elle nous présente la plupart des lésions organiques et des symptômes que nous offrent les précédentes, et la même subordination des causes et des effets. Au début, le malade est atteint d'une congestion sanguine de la pie-mère, avec irritation de l'arachnoïde; dès-lors un délire ambitieux et une grande exaltation se déclarent. Trois années plus tard, ces lésions cérébrales cessent, et sont suivies du rétablissement du calme et de la raison. Bientôt après, retour de l'inflammation de l'arachnoïde et de la congestion de la pie-mère; manie

avec agitation et prédominance d'idées de richesse et de grandeur. Plus tard, augmentation de l'irritation du cerveau; agitation extrêmement violente et incoercible; fureur aveugle, presque continuelle, qui dure six mois environ.

Après cette époque, l'irritation inflammatoire de l'arachnoïde, et par conséquent du cerveau, diminue beaucoup, ou cesse presque entièrement. Une abondante quantité de sérosité est exhalée dans la cavité de cette membrane, à la surface et dans les cavités du cerveau, ainsi que dans le tissu de la pie-mère. Dès-lors, l'irritation du cerveau fait place à une forte compression de cet organe; de là, une altération correspondante dans ses fonctions, qui se manifeste par une oblitération très-considérable des facultés, une prononciation extrêmement confuse, une démarche chancelante et des excrétions involontaires. Mais nous remarquons que dans ce dernier stade le malade conservait encore quelques idées extrêmement circonscrites, qui étaient uniquement relatives aux richesses et aux grandeurs. Or, l'examen du cerveau nous a montré la condition organique principale à laquelle nous attribuons l'existence de ces idées. La pie-mère était très-rouge et extrêmement injectée. On verra plus tard, dans la seconde partie de cet ouvrage, comment on peut expliquer l'action de cette altération : qu'il nous suffise maintenant de constater la coïncidence de la lésion et du symptôme.

Mais il est quelques-uns des phénomènes de cette observation dont nous n'avons pas encore rendu compte, je veux parler des grincemens de dents, auxquels le malade était si sujet, et de l'attaque de congestion avec convulsions, qui survint six jours avant la mort. Tout ce que nous avons dit précédemment nous prouve que ces symptômes sont ceux d'une inflammation de la substance même du cerveau. Or, l'autopsie nous a montré une adhérence de l'arachnoïde à plusieurs points de la substance corticale, ce qui ne peut pas avoir lieu sans une inflammation consécutive de cette substance. C'est aussi à la même cause que nous attribuons en partie la violence de l'agitation dans laquelle le malade est resté pendant six mois. Nous remarquons, en effet, que cette agitation était continuelle, incoercible et aveugle : elle se rapprochait donc des convulsions, ou plutôt c'était un état convulsif général. Mais, me demandera-t-on, comment une inflammation de la surface du cerveau a-t-elle pu durer six mois? Parce que l'injection de la pie-mère et la phlegmasie de l'arachnoïde étant continuelles, l'entretenaient dans un état d'irritation. Plus tard, les grincemens de dents et les attaques de congestion avec convulsions, qui survinrent après la cessation de l'agitation, dépendaient, les premiers, de ce que quelques points de la substance grise étaient encore dans un état d'irritation légère, et les secondes, d'une augmentation su-

bite de la congestion sanguine de la pie-mère avec irritation et inflammation du cerveau.

IIe. Observation.

Chagrins ; suppression d'un flux hémorrhoïdal. Au début, délire ambitieux ; exaltation ; gêne dans la prononciation et la démarche. Peu de temps après, manie avec mêmes idées dominantes ; agitation et quelquefois fureur. Un mois après, retour progressif de la raison et du calme. Quatre mois plus tard, rechute ; délire général ; agitation continuelle, très-violente, incoercible et spasmodique. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules ; pie-mère rouge ; méninges adhérentes à la substance grise dans une grande étendue.*

M. Edme-Charles A ***, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, greffier d'un juge de paix, avait éprouvé beaucoup de fatigues et de privations dans un voyage qu'il fit aux Grandes-Indes ; il avait fait des excès vénériens et avait eu plusieurs maladies syphilitiques. Dans le mois de mars 1817, un flux hémorrhoïdal, qu'il avait depuis long-temps, se supprima et ne reparut plus. Vers la même époque, il était en proie à des chagrins très-vifs sur le sort de sa nombreuse famille, qu'il craignait de ne pouvoir point soutenir à cause de la misère des temps.

Dans le commencement de mai, il éprouva de fréquentes absences, et fut pris, peu de temps après, d'un délire ambitieux, caractérisé par des idées de richesse, de grandeur, de dignités, et d'un embarras dans la prononciation et la démarche. Il manifestait un très-grand penchant pour les boissons et pour les plaisirs de l'amour, et il était sujet à des accès d'exaltation, pendant lesquels il parlait beaucoup des objets de son délire. Il

dormait très-peu et mangeait beaucoup. (Saignée du bras de deux palettes.)

Le 27 juin, il est conduit à la Maison royale de Charenton : idées ambitieuses prédominantes ; il est extrêmement riche et puissant; exaltation considérable; par momens, fureur dans laquelle il déchire ses vêtemens, comme indignes d'un homme de son rang; difficulté à prononcer certains mots, démarche assez assurée, incohérence dans les propos ; faim dévorante : il vole tout ce qu'il rencontre, soit pour la satisfaire, soit parce que tout lui appartient. Pendant le mois de juillet, même état.

Dans les trois mois suivans, facultés intellectuelles plus profondément altérées ; attention nulle ; il répondait quelquefois aux questions qu'on lui faisait, après les lui avoir répétées plusieurs fois, mais toujours par monosyllabes, ou bien par des paroles entièrement étrangères à la question; mémoire abolie, idées extrêmement peu étendues, bornées à celles de fortune, de grandeur, etc., qui lui venaient à l'esprit, sans liaison et sans ordre; nulle trace de jugement; calme par momens, agitation dans d'autres. (Usage de la camisole et de la blouse pour l'empêcher de déchirer ses vêtemens.) Parole traînante, entrecoupée, tremblante; démarche très-chancelante, malpropreté. Vers la fin de novembre, amélioration marquée des symptômes, diminution de l'agitation et de la paralysie incomplète, entendement beaucoup moins altéré.

Dans le mois de décembre, retour de la raison ; esprit affaibli sans délire marqué; il lui reste cependant quelques idées ambitieuses qu'il coordonne assez bien ; il veut d'abord étudier la pharmacie, ensuite la médecine, pour

soutenir ses enfans; il répond toujours qu'il se porte parfaitement bien ; il est content de lui-même, désire rentrer dans sa famille et reprendre, s'il le peut, ses occupations. Léger embarras de la langue, qui occasione une certaine lenteur dans la prononciation, et du bégaiement pour certains mots; quelques tremblemens dans les mains. En janvier 1818, diminution de ces symptômes. Même état jusqu'au mois de mai.

Dans les premiers jours de ce mois, il parle plus qu'à l'ordinaire; il y a de l'exaltation dans les idées et les actions; contentement de lui-même; face rouge et animée; quelques propos extravagans pour lesquels on est obligé de l'enfermer de nouveau.

Peu de temps après, bouleversement complet des facultés de l'entendement; délire général, accompagné d'une agitation continuelle, extrêmement violente. On fait usage de la camisole et du panier (1) pour le contenir; il ne cesse pas un instant, la nuit et le jour, de pousser des cris confus, mal articulés et incohérens, et des vociférations; sa voix est sourde : on ne peut rien comprendre aux mots qu'il prononce; sa face est terne, décomposée, et offre les mouvemens les plus désordonnés; il fait mille efforts, se tourne sans relâche dans tous les sens; ses membres et sa tête sont agités de spasmes auxquels résistent à peine les liens très-forts qui l'attachent. Malgré tout ce désordre des fonctions relatives, l'appétit est vorace; le pouls et les autres fonctions nutritives sont sans altération.

---

(1) C'est une espèce de caisse, de la longueur du corps, faite en osier comme les paniers ordinaires, ayant un couvercle, dont une des extrémités est échancrée pour laisser passer la tête.

Cet état dure pendant quatre mois environ, d'une manière continue, avec des rémissions légères et de très-courte durée.

Vers le milieu de novembre, l'agitation diminue; les excrétions sont involontaires, les jambes œdématiées, les facultés oblitérées. Le 6 décembre, point de connaissance, respiration profonde, pouls petit. Mort à deux heures après midi.

Ouverture du cadavre. — Crâne. Six onces environ de sérosité étaient épanchées à la base du crâne; il en sortait beaucoup du canal rachidien. L'arachnoïde cérébrale, sur toute la surface des hémisphères, mais principalement vers la partie moyenne de leur face externe, était opaque, grisâtre, très-épaissie et résistante, de manière qu'on la séparait facilement du cerveau sans la rompre: elle était intimement adhérente à elle-même dans la grande scissure; sa face interne était adhérente au parenchyme cérébral, dans les portions épaissies, et elle était couverte d'une couche légère et molle de celui-ci, lorsqu'on la détachait de l'encéphale. Sa surface externe, un peu injectée, présentait quelques granulations très-ténues, perceptibles à la vue seulement. Le feuillet arachnoïdien de la dure-mère offrait un peu de rougeur en divers endroits. La pie-mère était rouge et un peu infiltrée de sérosité. Les ventricules latéraux étaient pleins du même fluide; leur surface était couverte de granulations. Tout le système vasculaire cérébral était énormément injecté. La substance cérébrale était saine.

Thorax. Demi-pinte de sérosité dans chacune des cavités pectorales. Poumon gauche adhérent à la plèvre costale.

Trois onces de sérosité épanchées dans le péricarde; le feuillet de cette membrane, qui recouvre le cœur, infiltré de ce fluide, qui lui donne un aspect gélatineux.

Cavité abdominale. Petite quantité de fluide séreux dans le péritoine. Muqueuse gastrique offrant une couleur d'un rouge brun, un peu épaissie et couverte d'une couche de mucosités consistantes. La capsule de la rate, adhérente au diaphragme, dure, blanchâtre, criant sous l'instrument, et présentant une structure cartilagineuse. Les autres organes sains.

Réflexions. Une analogie frappante existe entre cette observation et la précédente : ce sont toujours les mêmes altérations organiques, suivies des mêmes phénomènes.

Ainsi, nous voyons d'abord une congestion sanguine succéder à une suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel, à des chagrins très-vifs, et s'accompagner bientôt d'une irritation de l'arachnoïde, qui est augmentée par des excès de boissons. De là, des absences fréquentes, un délire ambitieux très-étendu, un embarras dans la prononciation et la démarche, et des accès d'exaltation avec loquacité.

Un mois après, il se joint à ces symptômes des signes qui indiquent que le cerveau est comprimé par une certaine quantité de sérosité exhalée à sa surface. Les facultés sont extrêmement affaiblies; l'attention est nulle, la mémoire abolie; les idées sont très-bornées et uniquement relatives aux ri-

chesses et aux grandeurs; la prononciation et la démarche très-difficiles.

Cinq mois après, l'état du malade s'améliore l'agitation cesse, les facultés se rétablissent, et la raison, faible d'abord, acquiert bientôt assez de solidité ; mais il reste encore une certaine lenteur dans la prononciation, un bégaiement pour certains mots, et un affaiblissement de l'intelligence, symptômes que l'on ne peut attribuer qu'à l'épaississement de l'arachnoïde, et à une certaine quantité de fluide séreux qui comprime le cerveau et l'empêche d'exécuter convenablement ses fonctions.

Six mois plus tard, une nouvelle congestion avec irritation de l'arachnoïde se déclare par beaucoup d'exaltation dans les idées et les actions, et une rougeur très-vive de la face.

Cette inflammation de l'arachnoïde ne tarde pas à augmenter, et, comme elle avait été déterminée par une injection de la pie-mère, il est évident que la phlegmasie a principalement son siége sur la surface de la membrane séreuse unie à ce réseau cellulo-vasculaire. Le cerveau étant contigu à cette surface est donc directement irrité par elle ; et comme cette irritation est très-vive dans cette observation, elle dégénère bientôt en une phlegmasie consécutive de la substance grise, qui s'injecte, se ramollit et contracte des adhérences avec les méninges dans les endroits enflammés. Telles sont les altérations que nous remarquons dans l'observation précédente, et qui existaient non sur quelques points,

seulement de la substance grise, mais sur toute la surface des hémisphères cérébraux. De là résulte nécessairement l'irritation la plus vive de l'encéphale et, par une suite tout aussi nécessaire, un désordre correspondant dans ses propres fonctions, et celles de l'appareil locomoteur auxquelles il préside, désordre extrême qui se manifestait par le bouleversement complet de l'entendement, les cris confus, inarticulés et continuels, l'agitation non interrompue, violente et *spasmodique*, de la tête et des membres. Dans cette observation, l'irritation du cerveau était générale, les symptômes correspondans devaient aussi être généraux. La plupart des observations suivantes nous montreront la même lésion du cerveau existant dans quelques points seulement de la substance grise et donnant lieu à des phénomènes spasmodiques partiels du système musculaire.

IIIe. Observation.

Au début, crainte d'être empoisonné; bientôt après, orgueil excessif, exaltation; un mois plus tard, calme mélancolique suivi d'un état de demi-raison; deux ans après, monomanie ambitieuse, ensuite délire général avec idées de grandeur, et agitation très-violente et continuelle; un mois plus tard, agitation générale et spasmodique portée au plus haut degré. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; nombreuses adhérences des méninges à la substance corticale, qui est molle et très-injectée; pie-mère rouge; cerveau injecté.*

M. B***, âgé de trente-six ans, robuste, d'un tempérament sanguin, d'un naturel très-doux et bon, après avoir été militaire, avait exercé pendant quelque temps

la profession de doreur, sans en éprouver d'accident. Sa mère, sans être aliénée, avait la tête faible et un caractère violent et très-emporté. Depuis plusieurs années, le malade s'occupait de bijouterie et vivait d'une manière très-régulière dans son ménage, jouissant de toute sa raison et se livrant au travail avec assiduité, lorsqu'il y a trois ans environ, il se figure que sa femme l'empoisonne, et dans cette crainte ne veut plus manger chez lui; bientôt après, orgueil excessif, désir de tout ce qu'il y a de plus brillant, dépenses considérables, état d'exaltation, dans lequel il court sans cesse; il abandonne ses occupations, fréquente les spectacles et les lieux de débauche, dépense tout le fruit de ses économies, fait des dettes, vend ses meubles, ou les met au Mont-de-Piété; conçoit une haine profonde contre sa femme, qu'il maltraite, et contracte une maladie vénérienne très-intense. Cet état dure neuf mois environ et fait place à un état de calme mélancolique : air sombre, taciturnité, idées tristes dominantes : on va l'arrêter, le conduire à Sainte-Pélagie; plus tard, il reprend, mais d'une manière incomplète, l'usage de sa raison et travaille pendant quinze à dix-huit mois. Dans cet intervalle, il est tantôt de mauvaise humeur, tantôt gai, exalté, chantant et dansant tout seul; mais il tombe ensuite dans l'accablement et la tristesse.

Il y a trois mois, nouvelles marques de délire : il fait des reproches à sa femme sur les dépenses de la maison, se met fréquemment en fureur contre elle, mais sans la frapper; met ses meubles en gage, se vante d'avoir mangé vingt mille francs.

Pendant le mois de novembre 1821, état de manie

violente; incohérence complète dans les idées et les actions, prédominance d'idées ambitieuses et politiques : le duc de Berry l'occupe beaucoup, il est poursuivi par l'assassin de ce prince; mais il se moque de lui, parce qu'il est cuirassé; il veut acheter une maison de campagne; sa fille est la duchesse d'Angoulême ou de Berry, etc.; agitation considérable, cris, chants, loquacité continuelle, insomnie opiniâtre; il frappe et casse les objets qui lui tombent sous la main; il déchire avec fureur les papiers, pour lesquels il paraît avoir une singulière aversion; intervalles de calme et de demi-raison, dans lesquels les idées sont confuses, le travail de la pensée pénible et difficile.

Il reste dans cet état jusqu'au 7 décembre 1821, époque où il est conduit à la Maison de Charenton. A cette époque, même état, mais beaucoup plus violent; bouleversement complet de l'entendement et de la volonté; face amaigrie, souffrante, dans une contraction continuelle; yeux dans une perpétuelle agitation, qui ne leur permet de se fixer sur aucun objet; nulle réponse aux questions qu'on lui fait; nul moyen de fixer un moment son attention; succession extrêmement rapide d'idées isolées et entièrement incohérentes, sans qu'aucune paraisse revenir d'une manière plus particulière et dominer ses facultés; fureur continuelle que rien ne peut calmer, et qui exige l'usage de la camisole et d'un fauteuil, sur lequel le malade est attaché; loquacité perpétuelle et exubérante; cris; chants; pleurs; ris; agitation violente et comme *convulsive* des membres et du tronc, qu'il étend, fléchit, roidit alternativement; nul moment de sommeil; nul instant de calme; en même

temps refus des alimens, qu'on ne peut pas vaincre, et qui exige l'usage du biberon, pour pouvoir introduire un peu de bouillon dans la bouche.

Cet état continue sans interruption; mais le malade maigrit rapidement, et tombe bientôt dans un état voisin du marasme.

Le 24 janvier 1822, cessation subite de l'agitation furieuse; perte de connaissance; pâleur de la face; yeux entr'ouverts; pouls insensible; inspiration excessivement peu marquée; expirations bruyantes et rares, comme celles du dernier soupir : à cinq heures du soir, mort.

Autopsie cadavérique. — Etat extérieur. Maigreur générale, yeux très-caves, région hypogastrique offrant une tuméfaction arrondie et très-volumineuse qui s'avance jusqu'auprès de l'ombilic.

Crâne. Arachnoïde offrant, avant d'avoir été incisée, une rougeur très-vive répandue sur toute la surface de l'encéphale, rougeur qui n'est pas entièrement uniforme, mais qui consiste dans une injection très-forte du système capillaire de cette séreuse, beaucoup plus marquée sur la convexité des hémisphères cérébraux qu'à la base du cerveau et au cervelet. Cette membrane fortement épaissie, se détachant assez facilement de la convexité et de la face interne des hémisphères, résistant peu aux efforts de traction qu'on exerce sur elle, adhérente, dans une assez grande étendue, à la substance corticale, dont la couche la plus extérieure s'enlève avec l'arachnoïde et lui reste attachée. Cette substance ayant une légère teinte rosée, plus marquée aux endroits où l'adhérence existe, plus molle dans ces endroits qu'ailleurs, restant couverte d'une couche de sang très-vermeil lorsque la membrane séreuse est enlevée. La pie-mère rouge,

injectée, n'occasionant point la rougeur de l'arachnoïde, puisque la même couleur persiste lorsque la pie-mère est détachée de cette membrane. La substance encéphalique très-injectée, laissant échapper une foule de gouttelettes de sang lorsqu'on l'incise. Le feuillet arachnoïdien de la dure-mère légèrement injecté.

Thorax. Tous les viscères renfermés dans cette cavité parfaitement sains.

Abdomen. L'estomac volumineux; sa membrane muqueuse offrant une rougeur générale, uniforme, très-intense, tirant un peu sur le noir, aussi vive que l'écarlate dans quelques points; cette membrane fortement épaissie, pulpeuse et se séparant facilement de la tunique musculaire; la muqueuse de tout l'intestin grêle couverte d'excrémens liquides et muqueux, très-rouge, mais d'une manière beaucoup moins foncée que l'estomac; la muqueuse du colon ascendant et du colon transverse injectée; celle des autres parties du gros intestin saine.

Vessie énormément distendue par l'urine, et dépassant le niveau du corps du pubis.

Les autres viscères abdominaux, sains.

Réflexions. Cette observation est une des plus remarquables de cette série, soit à cause de sa ressemblance frappante avec celle qui précède, soit à cause du rapport qu'elle nous présente entre les lésions organiques et les symptômes. Nous voyons le malade, après être tombé plusieurs fois dans un état d'aliénation qui ne disparaissait jamais d'une manière complète, être pris enfin d'un délire général avec prédominance d'idées ambitieuses, accompagné d'une agitation extrêmement violente

Ces symptômes augmentèrent rapidement ; il survint un état convulsif général qui se manifestait par des mouvemens excessivement violens de l'appareil locomoteur tout entier.

Ces phénomènes ne pouvaient dépendre, d'après notre doctrine, que d'une inflammation très-étendue de la substance corticale, consécutive à une inflammation très-vive des méninges ; et comme le malade succomba dans la période de manie, l'ouverture du cadavre devait nous présenter les caractères anatomiques de la méningite portée à son plus haut degré d'acuité.

Sous tous ces rapports, l'autopsie cadavérique a confirmé nos idées de la manière la plus satisfaisante, en nous montrant les méninges très-rouges, principalement sur la convexité des hémisphères, épaissies et adhérentes dans une assez grande étendue à la substance corticale, qui était très-injectée, et dont la couche la plus extérieure s'enlevait avec cette membrane et restait unie à sa face interne.

Cette observation nous présente encore un point que nous avons tâché de prouver dans un autre ouvrage (1), savoir, qu'une inflammation gastro-intestinale survenant chez un aliéné imprime ordinairement une modification particulière au délire, laquelle consiste dans la crainte du poison et le refus des alimens.

---

(1) *Recherches sur l'Arachnitis chronique, la Gastrite et la Gastro-Entérite chroniques et la Goutte, considérées comme causes de l'Aliénation mentale*, in-4°. Paris, 1822.

IVe. Observation.

Au début, monomanie ambitieuse, exaltation, suppression d'hémorrhoïdes habituelles; sept à huit mois après, de temps en temps, légères attaques de convulsions, affaiblissement très-considérable des facultés, paralysie incomplète ; plus tard, incohérence dans les idées, loquacité, augmentation de la paralysie ; peu de temps après, quatre ou cinq attaques de convulsions à un jour d'intervalle ; un mois après, démence avec idées ambitieuses dominantes suivies d'un état de stupidité. *Méningite chronique du cerveau, mais principalement des hémisphères ; méninges adhérentes dans la plus grande partie de leur étendue, à la substance corticale, qui est molle ; pie-mère rouge et injectée ; sérosité à la base du crâne ; ventricules distendus par ce fluide.*

Alexandre François M***, officier de marine, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, d'un caractère doux, gai et vif, issu de parens sains, s'était toujours livré à l'onanisme et avait eu plusieurs maladies vénériennes; il avait concentré en lui-même pendant trois ans un violent amour pour une demoiselle qu'il craignait de ne pas obtenir en mariage. Il en fit enfin la demande et obtint le consentement des parens, ce qui lui occasiona une joie si grande, qu'on s'aperçut, dès le lendemain même, que sa tête était manifestement dérangée. A cette époque (vers le mois de juin 1819), la moindre contrariété le mettait en colère; il s'emportait fréquemment, devenait quelquefois très-violent; il parlait tout seul, et tenait des discours incohérens, dans lesquels on remarquait des idées d'ambition et de grandeur.

Des hémorrhoïdes fluentes qu'il avait dans ce temps-là s'arrêtèrent et ne reparurent plus. On l'envoya alors dans les colonies, pensant que le voyage pourrait lui

être favorable; mais son état, au lieu de diminuer, augmenta progressivement, et au bout de sept à huit mois il revint en France.

Pendant la traversée, qui dura trente-six jours, son état parut empirer. Il était faible et éprouvait de temps en temps de légères attaques de convulsions. Son esprit était entièrement dérangé. A son arrivée, face pâle, maigreur, désordre général des facultés : la mémoire est tellement altérée qu'il ne reconnaît plus les lieux où il se trouve. Il croit être, tantôt à la Martinique, tantôt à Brest ou ailleurs. Toutes ses idées sont décousues, très-circonscrites et relatives, en général, aux richesses et aux grandeurs.

Il est indifférent à tout. La nouvelle de la mort de son amante ne lui cause pas la moindre émotion; il est gai, très-content; lorsqu'on lui demande comment il se porte, il répond qu'il est très-bien et qu'il est très-heureux. Il parle beaucoup et passe rapidement d'un objet à un autre. Depuis long-temps il prononce avec peine et se soutient très-mal sur ses jambes. Appétit vorace.

Le 29 mai 1820, même état, hallucinations pendant la nuit, plaintes d'éprouver des maux de tête.

Le 30, il entre à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant : Face maigre, sans mobilité; peu d'attention à ce qu'on lui dit; réponses lentes qui, souvent, ont peu de rapport à ce qu'on lui demande; facultés intellectuelles très-faibles, mémoire si altérée qu'il a oublié les principales circonstances de sa vie, idées ambitieuses dominantes : il est capitaine de vaisseau, amiral; il a plus de cent mille francs de rente, etc. Il ne reste pas un moment à la même place, il va et vient sans cesse, parle beaucoup, sans cependant être exalté; sa

prononciation est lente, entrecoupée, bégayée; sa démarche très-chancelante. Il est sale et lâche son urine dans son lit ou ses vêtemens.

Vers le commencement de juin, il est pris d'une attaque accompagnée des phénomènes suivans : Mouvemens convulsifs des membres supérieurs et inférieurs, consistant en des tremblemens très-violens; injection, rougeur et agitation convulsive de la face; plaintes, cris, mots mal articulés, impossibilité de répondre aux questions; pouls très-fréquent, peau chaude, sueur abondante. Cette attaque se dissipe au bout d'une heure environ; mais elle se renouvelle avec les mêmes symptômes quatre ou cinq fois, à un jour d'intervalle (1).

Dans les mois de juillet et d'août, démence complète; idées ambitieuses dominantes, mais très-bornées; paralysie incomplète augmentée, grincemens fréquens des dents, excrétions involontaires, appétit vorace, embonpoint graisseux.

Dans les trois mois suivans, les facultés vont s'oblitérant davantage. Il finit par tomber dans un état de stupidité complète. Il ne comprend aucune des questions qu'on lui fait et ne répond pas ou répond par monosyllabes. Sa face est pleine, immobile et exprime le contentement. Quand on lui demande comment il se porte, il dit toujours très-bien. Il conserve encore un très-petit nombre d'idées de richesses, qui composent tout le domaine de ses connaissances. Il est habituellement très-calme. Sa prononciation est inintel-

---

(1) Ces attaques intermittentes à type tierce, ayant l'apparence des fièvres pernicieuses, on allait administrer le quinquina lorsqu'elles cessèrent.

ligible. Lorsqu'il veut parler, il fait de grands efforts qui n'aboutissent qu'à faire entendre quelques mots mal articulés et une sorte de sifflement. Il ne peut se soutenir sur ses jambes; mais il traîne lentement les pieds lorsqu'il est soutenu sous les épaules. Il continue à grincer des dents. Il mange beaucoup et son embonpoint est porté jusqu'à l'obésité.

Au commencement de décembre, ces symptômes augmentent; le 13, le malade est dans un état apoplectique, et le 14, il succombe.

Ouverture du cadavre.—Etat extérieur. Embonpoint musculaire et graisseux très-prononcé. Excoriation du sacrum.

Tête. Six onces environ de sérosité sont épanchées à la base du crâne. Il en sort également du canal vertébral. Sur toute la région supérieure du cerveau, l'arachnoïde est blanchâtre et opaque. Cette membrane, saine sur le cervelet, est épaissie dans tout le reste de son étendue, mais beaucoup plus sur la convexité et la face interne des hémisphères que sur les lobes du cerveau, dont on peut cependant la détacher sans solution de continuité. Elle est adhérente dans presque toute son étendue à la substance corticale, dont on emporte la couche la plus extérieure en la détachant. On ne peut enlever cette couche de la surface des méninges qu'en la raclant avec un scalpel. La pie-mère n'est adhérente dans aucun point à la surface du cerveau dans les anfractuosités. Elle est rouge, très-injectée et infiltrée de beaucoup de sérosité rendue sanguinolente par ses petits vaisseaux, qui se rompent en la détachant et versent du sang. La surface extérieure du cerveau est légèrement ramollie. La substance grise a une couleur légèrement

rosée. Le cerveau est injecté et les tranches de cet organe se couvrent de gouttelettes de sang, en les pressant légèrement. Les ventricules latéraux sont distendus et agrandis par la sérosité qu'ils contiennent. L'arachnoïde qui revêt ces cavités ainsi que le troisième et le quatrième ventricules, est couverte de granulations très-nombreuses, épaissie, très-résistante et facile à séparer des surfaces qu'elle tapisse.

Thorax. Tout est sain dans cette cavité.

Abdomen. Estomac très-resserré. Sa membrane muqueuse fortement ridée. Tous les autres organes sains. On remarque une variété anatomique singulière dans le conduit alimentaire : le colon, au-dessus de l'*S* iliaque, se dilate tout-à-coup considérablement et forme une anse d'intestin surnuméraire, d'un demi-pied de long, de trois pouces de diamètre, laquelle se rétrécit ensuite pour former le rectum.

RÉFLEXIONS. Nous trouvons ici, comme dans les observations précédentes, d'un côté, les symptômes propres à la méningite chronique, savoir, dans les premiers temps, des idées ambitieuses dominantes accompagnées d'un état d'exaltation, ensuite un affaiblissement très-considérable des facultés intellectuelles avec paralysie incomplète ; plus tard, une démence avec des idées de grandeurs et de richesses, suivie d'un état de stupidité et d'immobilité presque complète, et d'un autre côté, toutes les lésions organiques qui rendent compte de ces phénomènes, un épaississement très-considérable de l'arachnoïde, une injection très-forte de la piemère, un épanchement de sérosité dans la cavité

de la première de ces membranes, et enfin les ventricules latéraux distendus et dilatés par ce liquide. Nous ne reviendrons point sur le mode d'action de chacune de ces altérations, que nous avons déjà expliqué tant de fois.

Il est un point de cette observation qui doit fixer notre attention. Nous avons vu dans les trois premiers faits de cette série l'inflammation de la surface de la substance corticale du cerveau, dans une grande étendue de la convexité et de la face interne des hémisphères, donner lieu à une agitation *spasmodique* excessivement violente et continue. L'observation que nous analysons nous offre une altération organique semblable et des phénomènes analogues qui ne diffèrent que par leur forme. Ils consistent en des attaques qui se répètent quatre ou cinq fois sous le type tierce et qui sont caractérisées par des *tremblemens* très-forts des membres supérieurs et inférieurs, par une agitation *convulsive* de la face, par des plaintes, des cris, des mots mal articulés et une impossibilité complète de répondre aux questions. Il n'y a donc nul doute que ces symptômes ne dépendent de l'inflammation consécutive de la substance grise du cerveau, qui était adhérente aux méninges, ramollie et très-injectée à sa surface.

On me demandera peut-être pourquoi, cette dernière lésion étant persistante, les phénomènes spasmodiques n'ont pas été continus, ou du moins pourquoi ils ne se sont renouvelés que quatre ou cinq fois. Je répondrai que la périodicité des ma-

ladies, lors même qu'elles sont occasionées par des lésions organiques durables, est un des faits les plus incontestables de la pathologie, surtout relativement aux affections du système nerveux. Quant à la seconde partie de la question, je pense que si les attaques n'ont pas reparu pendant les sept derniers mois de l'existence du malade, on doit attribuer cette circonstance à la compression considérable du cerveau, qui le rendait impropre à s'enflammer de nouveau et à réagir sur l'appareil musculaire. C'est ce que nous montrent plusieurs observations de cet ouvrage.

On aurait tort, je crois, de regarder l'adhérence des méninges au cerveau comme une cause qui doit toujours entraîner des accidens graves. Elle est un signe anatomique certain d'une inflammation plus ou moins ancienne de la substance grise; mais si cette inflammation cède à un traitement convenable, on conçoit que cette adhérence puisse exister pendant long-temps sans se manifester par aucun phénomène particulier : voilà pourquoi on rencontre quelquefois cette lésion plus ou moins circonscrite chez des sujets qui depuis plusieurs années n'ont point présenté les phénomènes spasmodiques qu'occasione le travail inflammatoire dont elle dépend.

V^e. Observation.

Trois attaques de congestion cérébrale; la dernière suivie de délire avec agitation; idées ambitieuses et embarras dans les mouvemens; plus tard et pendant plusieurs mois, agitation convulsive et violente revenant sous le type tierce; paralysie incomplète et générale très-considérable. *Méningite chronique de la convexité; membranes adhérentes au cerveau dans le tiers antérieur des deux hémisphères.*

M. Charles-François-Delius S***, employé, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, issu d'une famille saine, avait toujours joui de la raison, lorsqu'il perdit, au commencement du printemps de 1820, sa fille, qu'il aimait extrêmement. Il en éprouva un chagrin très-vif, et peu de temps après il fut frappé d'une attaque de paralysie, qui se répéta à un certain intervalle. Après chacune de ces attaques, il recouvra le mouvement volontaire et continua à remplir les devoirs de sa place; mais on ne tarda pas à remarquer qu'il était très-lent dans son travail et qu'il faisait beaucoup de ratures.

Vers le mois de décembre 1820, les emportemens, auxquels il était sujet, devinrent plus fréquens. Il était triste et avait entièrement perdu la mémoire. Ces symptômes augmentèrent graduellement, et vers le milieu de février 1821, il fut frappé d'une troisième congestion cérébrale, qui fut immédiatement suivie d'une agitation violente et d'un délire général avec prédominance d'idées ambitieuses. Il se croyait immensément riche et puissant; tout ce qu'il voyait était en or et lui appartenait; il avait quarante-huit mille ans, etc. Il était souvent agité la nuit; il défaisait son lit, cassait les carreaux des croi-

sées, etc. Sa langue était embarrassée, sa prononciation gênée; il traînait la jambe gauche, le bras du même côté n'était pas entièrement libre dans ses mouvemens. On lui appliqua des sangsues à l'anus et une vessie d'eau froide sur la tête.

Cet état n'offrit pas de changement remarquable jusqu'au 15 avril 1821, époque où le malade fut conduit à la Maison royale de Charenton. Peu de jours après, M. le professeur Royer-Collard lui fit appliquer un séton à la nuque.

Vers le commencement de mai, le malade devint sujet à des accès d'agitation qui revenaient sous le type tierce et qui duraient une journée entière. Pendant ces accès il était dans l'état suivant : il avait la face rouge et animée, de la chaleur à la peau et une sueur générale; il parlait sans cesse, criait, chantait, vociférait, s'emportait contre tout le monde, déchirait ses vêtemens, cherchait à frapper les personnes qui l'entouraient. Il ne restait pas un moment à la même place, et on était obligé de lui tenir les mains attachées avec la camisole, afin de l'empêcher de commettre des actes de violence et de fureur. Ses mouvemens étaient quelquefois excessivement désordonnés et comme spasmodiques; on le laissait alors attaché sur un fauteuil. Cette agitation générale était accompagnée d'une loquacité intarissable et incohérente, dans laquelle on remarquait un peu d'embarras dans la langue. Les mots qui sortaient de sa bouche exprimaient toujours des idées de grandeur et d'opulence, comme les noms de *million*, *milliard*, *diamans*, *roi*, etc., etc.

A cette agitation succédait un état de calme qui durait également une journée entière. Il restait alors assis dans

un coin ou dans un fauteuil, sans faire la moindre attention à ce qui se passait autour de lui, sans proférer une seule parole et paraissant plongé dans un demi-assoupissement. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait d'une manière très-incohérente ; mais il n'était point dominé par des idées ambitieuses. Sa langue était extrêmement embarrassée et sa prononciation très-difficile. Il marchait en chancelant et en traînant les jambes ; aussi faisait-il des chutes très-fréquentes. Il lâchait involontairement ses urines et quelquefois même ses déjections alvines.

Cet état d'agitation dura jusqu'au mois de juillet, sans offrir de changement bien remarquable. Depuis cette époque jusqu'au commencement de septembre, je fus absent de l'Etablissement : j'appris, à mon arrivée, que l'état du malade avait été en empirant, qu'il avait été fréquemment très-agité, dans un état convulsif général, et qu'il avait habituellement de la toux, une expectoration abondante et fétide, et la diarrhée. Il succomba le 7 septembre.

Ouverture du cadavre. — Habitude extérieure. Muscles de la face contractés. Amaigrissement général.

Crâne. L'arachnoïde qui recouvre la convexité et la face interne des hémisphères cérébraux est épaissie, opaque, d'un blanc de lait et adhérente, dans le tiers inférieur des deux hémisphères et le long de la moitié environ de la scissure qui les sépare, à la substance corticale, qui reste attachée après elle quand on l'enlève, et y forme une couche de près d'une ligne d'épaisseur. On soulève facilement toute la masse cérébrale en la suspendant à un lambeau de cette membrane, sans qu'il se rompe. Il faut un effort assez considérable pour dé-

chirer ce lambeau en le tirant avec les deux mains et en sens contraire. La pie-mère est pâle, et ses vaisseaux contiennent peu de sang : sous ce réseau et vers le milieu de la grande scissure, on trouve une petite tache sanguine qui simule une ecchymose. Les anfractuosités cérébrales contiennent une petite quantité de sérosité sanguinolente, et les vaisseaux qui y rampent sont d'un rouge vif.

Le cerveau est mou, d'un blanc mat qui ressemble à la blancheur du plâtre et non injecté. Il n'y a point de sérosité dans les ventricules. L'arachnoïde qui recouvre ces cavités est couverte d'une multitude de granulations très-petites, très-rapprochées et insensibles au toucher. Plusieurs cuillerées de sérosité sanguinolente à la base du crâne.

Poitrine. les deux poumons sont remplis dans leurs deux tiers supérieurs de tubercules dans tous les états, et de cavernes, les unes vides, et les autres contenant du pus qui exhale une odeur très-fétide.

Le péricarde contient huit onces environ de sérosité citrine.

Abdomen. Cette cavité contient une chopine environ de sérosité jaunâtre. L'estomac présente des taches rassemblées par raies, d'un rouge lie-de-vin. Vers le tiers supérieur de l'iléon on voit un ulcère ovoïde d'un pouce de long, qui pénètre jusqu'au péritoine à son centre, et dont les bords sont boursouflés et blafards. Au-dessus de la valvule iléo-cœcale est un autre ulcère de la largeur d'une lentille. La membrane muqueuse intestinale saine dans toute son étendue. Glandes du mésentère tuméfiées, ayant le volume des haricots.

Réflexions. La ressemblance entre cette obser-

vation et celle qui la précède est des plus frappantes sous le rapport des phénomènes spasmodiques qu'elles nous ont présentés. Ces phénomènes ne se distinguent que par leur durée différente. Dans le premier fait, ils constituaient des attaques qui ne duraient pas plus d'une à deux heures; dans celui-ci, ils se renouvelaient de deux jours l'un, sous forme d'accès qui duraient une journée entière; mais dans les deux cas, les membres étaient agités de mouvemens convulsifs, il y avait des cris, des vociférations, de la difficulté de parler, une chaleur et une sueur générales; la face était rouge et injectée. Il devait donc y avoir une analogie semblable dans les lésions organiques qui donnaient lieu à ces symptômes; c'est ce que nous a montré l'autopsie de la dernière observation. Nous avons vu que les méninges étaient adhérentes à la surface du cerveau dans une grande étendue, et qu'en les détachant de cet organe elles enlevaient une couche molle de la substance grise, d'une ligne environ d'épaisseur, qui restait attachée à leur face interne.

Quant aux autres symptômes qui caractérisent essentiellement la maladie, ils sont expliqués par les différentes altérations des méninges. Comme nous ne pourrions que répéter ce que nous en avons déjà dit plusieurs fois, nous n'y reviendrons pas; nous ferons seulement remarquer qu'il n'y avait presque point de sérosité dans les ventricules et qu'il n'y en avait point dans la pie-mère, qui était très-injectée et d'un rouge très-vif dans les

anfractuosités. Nous voyons aussi que les symptômes de paralysie incomplète et d'affaiblissement des facultés étaient loin d'être aussi prononcés que dans la quatrième observation, tandis que l'agitation et le délire ambitieux étaient beaucoup plus considérables. L'ecchymose que nous a présenté le tissu de la pie-mère remontait sans doute aux fortes attaques de congestion cérébrale dont le malade avait été frappé à plusieurs reprises. Cette circonstance réunie à la blancheur de la substance médullaire que nous remarquons dans cette observation nous prouve un fait que confirment d'ailleurs tous les autres faits que renferme cet ouvrage, savoir, que les attaques de congestion consistent principalement dans une injection plus ou moins forte et subite des vaisseaux de la pie-mère et non des ramifications vasculaires répandues dans le cerveau.

Ayant été absent pendant près d'un mois vers l'époque de la mort du malade, je n'ai pas su quels symptômes il avait présentés pendant cet espace de temps, ni s'il avait succombé à la phthisie pulmonaire ou à l'entérite chronique dont il était atteint.

VIe. Observation.

Tendance continuelle à l'assoupissement, invasion du délire par la loquacité et l'incohérence dans les idées; le quatrième jour, agitation excessive avec prédominance d'idées ambitieuses; pendant quinze jours, manie violente de deux jours l'un; pendant le dernier mois de la vie, attaques revenant sous le type tierce et consistant en des mouvemens convulsifs très-forts des membres et de la tête;

avec loquacité incohérente et idées ambitieuses. *Méningite chronique de la convexité et de la face interne des hémisphères ; pie-mère très-injectée et très-rouge : méninges adhérentes à la surface du cerveau dans une grande étendue ; substance grise rouge et injectée.*

Pierre Etienne Dupont, gendarme, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution robuste et pléthorique, d'un caractère bon, aimant, mais vif et très-emporté, issu d'une famille saine, n'avait jamais fait d'excès et avait toujours joui de sa raison. En 1821 et 1822, il devint très-intéressé ; il ne pensait qu'à gagner quelque chose pour le laisser à sa fille, qu'il aimait extrêmement. Il fut très-fatigué lors du passage du duc d'Angoulême à Etampes, au commencement de 1823.

Depuis le printemps de 1822 jusqu'à la même époque de 1823, le malade fut sujet à un assoupissement qui le tourmentait sans cesse. Il s'endormait profondément partout où il se trouvait, et il ne se serait pas éveillé si l'on ne l'avait pas remué chaque fois. Il passait presque tous les jours au lit, excepté lorsque son service exigeait qu'il fût levé. Dans ces cas, il tenait fréquemment sa tête entre ses mains, et se plaignait de l'avoir lourde et embarrassée, et d'être obligé de lutter sans cesse contre le penchant au sommeil. Il avait, de temps en temps, de la difficulté à parler; cependant il ne déraisonnait d'aucune manière et continuait son service ; mais sa mémoire s'affaiblissait, il oubliait souvent des choses importantes et prononçait avec beaucoup de peine dans certains momens. (Dans les premiers temps, on lui appliqua douze sangsues au cou et on lui prescrivit ensuite des pédiluves irritans et un vésicatoire au cou ; plus tard, vingt-une sangsues, pédiluves sinapisés.)

Le 22 avril 1823, explosion du délire, crainte que

sa femme ne soit morte, face rouge, loquacité, incohérence dans les idées, disparition de l'embarras de la prononciation. (Douche.)

Le second jour, il parle moins, va et vient sans cesse et paraît ne conserver aucun souvenir de ce qu'il fait.

Le troisième jour, calme, sentiment d'une grande faiblesse et d'une sorte de défaillance, persuasion qu'il ne reviendra pas de sa maladie. Il reste au lit et l'on est obligé de lui faire respirer du vinaigre pour l'exciter.

Le quatrième, agitation excessive que plusieurs personnes ont de la peine à contenir; prédominance continuelle d'idées ambitieuses : il est Roi, il a une voiture à six chevaux, et veut venir à Paris pour prendre la couronne; il nomme un de ses chefs colonel; il va lever des impôts, mais il en exempte ses parens et ses amis, auxquels il distribue des dignités et des richesses. Il parle sans cesse de ce sujet avec l'accent de la joie et du ravissement, et embrasse tout le monde en signe de son bonheur.

Le cinquième jour, calme, raison parfaite, oubli de ses extravagances, qui lui font beaucoup de peine lors qu'on les lui rappelle. Trois ou quatre heures après, nouvel accès d'agitation et de délire. On le conduit alors à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Pendant quinze jours qu'il reste dans cet hôpital, manie ambitieuse avec agitation, qui revient de deux jours l'un. Les jours de calme, il est assoupi, ne parle point, à moins qu'on ne l'interroge; répond d'une manière assez juste aux questions qu'on lui adresse et a un peu de conscience de son état. Pendant un de ses jours d'accès, il a eu une attaque avec perte du sentiment et du mouvement volontaire, et agitation des lèvres sans pro-

nonciation. Le soir, sueur fétide et très-abondante, qui traverse les matelas ; après la sueur, retour de la connaissance et de la parole, un peu de raison dans ses discours, amélioration très-notable de son état, qui dure deux jours et fait espérer sa guérison. Le jour suivant, nouvel accès suivi de plusieurs autres, qui ont, comme avant, le type tierce et alternent avec des jours de calme et de stupeur.

Le 21 mai, il est conduit à la Maison royale de Charenton. Les premiers jours, il est dans l'état suivant : Face pâle, maigreur générale, escarre au sacrum de la largeur d'une pièce de six francs; il est étranger à tout ce qui l'entoure; il répond souvent aux questions qu'on lui fait : *Vous êtes des gueux.* Il a des hallucinations et dit : *Tenez, les voyez-vous au plancher; regardez, les voilà; c'est mon argent, en voilà un qui l'emporte. Tenez, le voleur est sous le lit; je suis le roi*, etc. Toutes ses idées, qui sont relatives à sa femme, à son frère, à ses chevaux, à ses richesses, se succèdent sans suite et sans ordre dans son esprit.

De deux jours l'un, il éprouve des tremblemens violens qui consistent en des contractions et des flexions alternatives des membres supérieurs et inférieurs et de la tête. Ces tremblemens, qui ressemblent un peu à ceux de l'épilepsie, sont tellement forts qu'ils font remuer le lit sur lequel le malade est couché. Ils durent une journée entière, commencent vers minuit et finissent à la même heure. Ils continuent toute la journée sans interruption, ni diminution. Dans cet état, il parle sans cesse et sans la moindre gêne de la langue. Il veut se lever et se jeter hors de son lit.

Les jours d'apyrexie, il n'y a ni agitation, ni trem-

blemens. Le malade est très-calme, ne dit pas un mot à moins qu'on ne l'interroge et alors il répond aux questions avec justesse et comme un homme raisonnable, mais dont les facultés sont extrêmement faibles. Il n'est dominé par aucune des idées ambitieuses qui l'occupent pendant les jours d'accès. Il prononce avec beaucoup de difficulté et en bégayant. Il a le dévoiement depuis huit jours.

Ces symptômes continuent avec une intermittence tierce pendant les quinze premiers jours environ, sans offrir de changement notable. Pendant les quinze jours suivans, leur marche est la même, mais ils diffèrent d'une manière remarquable. Les membres supérieurs s'agitent convulsivement d'une manière beaucoup moins violente, tandis que les inférieurs sont immobiles. La tête éprouve un mouvement de rotation latérale. Les idées dominantes sont les mêmes. Les jours apyrétiques, calme, taciturnité, prononciation difficile, assoupissement dont il sort quand on lui parle: point de raison pendant ces jours-là. Cet état dure sans interruption jusqu'à sa mort, qui arrive inopinément et sans agonie, le 20 juin 1823.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Maigreur générale, chairs molles, yeux enfoncés.

Crâne. Considérées à l'extérieur, les membranes encéphaliques (arachnoïde et pie-mère) sont légèrement opaques et injectées d'une manière notable. L'arachnoïde, vue au moment où on la détache du cerveau, a perdu un peu de sa transparence; elle est sensiblement épaissie et injectée, sa consistance est assez augmentée pour la séparer du cerveau sans la rompre; mais si on la tire un peu fort, elle se déchire; elle est loin de

pouvoir supporter le poids du cerveau ; elle est adhérente à la substance grise sur presque toute la surface interne des hémisphères cérébraux et sur près de la moitié des circonvolutions de la convexité des deux hémisphères, surtout sur ses trois-quarts antérieurs; mais postérieurement on n'en remarque point. Toutes ces adhérences ne sont pas continues, mais elles sont répandues çà et là. On en voit davantage vers la partie inférieure de la convexité des hémisphères. Dans les endroits où ces adhérences existent, en détachant l'arachnoïde du cerveau, on enlève des couches légères de substance grise, qui sont molles et restent fixées à sa face interne, dans l'étendue de l'adhérence. On ne voit ni adhérence, ni épaississement notable à la base du cerveau et du cervelet.

Partout où l'arachnoïde est épaissie ou adhérente, la pie-mère est considérablement rouge et injectée; ses vaisseaux sont dilatés; mais elle ne présente aucune trace d'infiltration séreuse; elle n'a contracté aucune adhérence avec le cerveau dans les anfractuosités où elle est séparée de l'arachnoïde. Après avoir enlevé l'arachnoïde et la pie-mère de la surface du cerveau, on voit celle-ci ayant une couleur rouge très-sensible, plus marquée dans les endroits où existaient les adhérences, lesquels se présentent comme de petits ulcères superficiels. En coupant de petites couches de substance grise, on voit celle-ci très-injectée, ayant une couleur rosée très-manifeste, qui est beaucoup plus marquée antérieurement que postérieurement. Cette substance est assez molle.

Les ventricules latéraux contiennent demi-once chacun environ de sérosité; leur membrane séreuse est

épaissie d'une manière sensible. Toute la substance du cerveau, de consistance ordinaire, est considérablement injectée, et en pressant légèrement les tranchées de cet organe, elles se couvrent d'une multitude de gouttelettes et ont un aspect marbré.

Thorax. Les poumons sains. Le droit adhérent dans toute son étendue aux parois pectorales, à l'aide de lames cellulaires épaisses et serrées. Cœur sain.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac est couverte de mucosités grisâtres et brunâtres; après les avoir enlevées, la membrane présente dans presque toute son étendue une rougeur inégale, brunâtre dans certains endroits, jaunâtre dans d'autres, pointillée dans d'autres. Elle est épaissie d'une manière notable. L'intestin grêle offre une injection générale de la membrane muqueuse.

Le système vasculaire du mésentère est injecté. Les ganglions mésentériques sont légèrement engorgés. Le cœcum présente une rougeur assez vive, presque uniforme, qui se prolonge jusque vers le milieu du colon lombaire droit; le colon iliaque est rétréci, fortement ridé et assez rouge; la vessie est pleine d'urine; le foie est injecté et donne beaucoup de sang; les autres organes sont sains.

Réflexions. Quoique le malade qui fait le sujet de cette observation n'eût pas été frappé de plusieurs attaques de congestion cérébrale, comme celui de l'observation précédente, la congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère n'était pas moins considérable, puisque nous voyons que Dupont conserva, pendant une année entière, un

penchant continuel au sommeil; qu'il se plaignait sans cesse, lorsqu'il était éveillé, d'avoir la tête lourde et embarrassée, et que sa prononciation était très-gênée dans certains momens. On ne peut méconnaître à ces symptômes une sorte de pléthore locale, une congestion sanguine dans le système vasculaire encéphalique. Si cette lésion était la seule condition organique du délire ambitieux, il est évident que ce dernier aurait dû exister pendant cet espace de temps; mais tout nous prouve qu'il dépend à la fois de cette injection et de l'irritation de l'arachnoïde, qui irrite à son tour le cerveau.

Les phénomènes spasmodiques observés chez ce malade méritent surtout d'attirer notre attention. Ils étaient entièrement semblables, par leur marche, leur durée et leur type, à ceux de la cinquième observation; mais ils étaient beaucoup plus violens et plus généraux et consistaient en des tremblemens extrêmement forts et continuels des membres supérieurs et inférieurs, et de la tête, accompagnés d'une loquacité incohérente. D'ailleurs, mêmes altérations organiques : *Les méninges étaient adhérentes à la substance grise sur presque toute la face interne des deux hémisphères et sur la moitié de leur convexité; la substance grise était plus molle dans ces endroits, injectée et rosée dans toute son étendue.* Le fait que nous analysons, ainsi que les cinq autres de cette série, prouvent donc que les mouvemens convulsifs continus ou périodiques qu'ils

nous ont offerts, dépendaient de l'inflammation de la substance grise, consécutive à une inflammation de la face interne des méninges.

VIIe. Observation.

Congestion cérébrale suivie d'hémiplégie, dérangement des facultés, ensuite attaques épileptiformes accompagnées de monomanie ambitieuse avec embarras de la prononciation et de la démarche; peu de temps après, démence avec augmentation de la paralysie; mort à la suite d'attaques répétées. *Méningite chronique; adhérences des méninges à la surface de tout l'hémisphère gauche; substance grise molle; pie-mère très-injectée; ventricules distendus par la sérosité.*

M. Louis-Stanislas G***, âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin, d'un caractère vif et emporté, habile sculpteur en bois, s'était livré avec une très-grande ardeur au travail, lorsqu'il fut frappé, dans le mois de janvier 1817, d'une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie du côté gauche. Peu de temps après, il recouvra les mouvemens des membres de ce côté, mais d'une manière incomplète. Depuis cette époque, les facultés du malade se troublèrent; sa mémoire s'affaiblit et il devint sujet à des attaques épileptiformes, qui duraient quelquefois plusieurs heures et se répétaient irrégulièrement tantôt tous les quinze jours, tantôt tous les mois. Vers la même époque se manifesta une monomanie ambitieuse qui est la même aujourd'hui: il a des talens extraordinaires et une immense fortune; il veut faire le portrait de toutes les personnes qu'il voit; il est le premier sculpteur du monde, et dorénavant il n'exercera plus son ciseau que sur l'or et l'argent. Ses facultés sont très-affaiblies et ses propos peu suivis. Il

parle difficilement et marche en chancelant ; les deux côtés du corps sont à peu près également embarrassés : il est habituellement assez calme, il parle souvent seul et ne dort pas. Bon appétit, constipation. (Il a été saigné plusieurs fois ; on lui a appliqué des sangsues et donné quelques anti-spasmodiques et quelques bains.)

Le 27 janvier 1818, il est conduit à la Maison royale de Charenton à peu près dans le même état.

Dans le mois de février, augmentation des symptômes, démarche plus embarrassée ; il parle peu à moins qu'on ne l'interroge ; est dominé par les mêmes idées de richesse et de grandeur, qui sont peu cohérentes dans son esprit, et paraît presque dans un état de stupidité. Il n'a pas eu d'attaque.

Le 15 mars, perte subite de connaissance, mouvemens convulsifs généraux extrêmement violens, semblables à ceux de l'épilepsie ; face très-rouge et vultueuse, bouche écumeuse et contournée. Au bout d'un quart-d'heure, cessation des secousses convulsives, nul signe de perception, état comateux, pupilles immobiles et dilatées, grincemens des dents, roideur tétanique de tout le côté droit du corps, résolution du côté gauche ; respiration lente, laborieuse et bruyante ; pouls plein et fréquent. (12 sangsues au cou, lavement purgatif, larges sinapismes aux pieds.) Les attaques se sont répétées trois fois à peu de distance l'une de l'autre ; enfin le soir vers cinq heures, sueur générale, nouvelle attaque très-violente, respiration stertoreuse et mort.

Autopsie cadavérique. — État extérieur. Cadavre bien conformé et dans un état d'embonpoint musculaire.

Crâne. Sérosité assez abondante dans la cavité de

l'arachnoïde, à la base du crâne et à l'origine du canal vertébral; arachnoïde très-résistante, épaissie et couenneuse sur les hémisphères, adhérente, ainsi que la pie-mère, à la surface de la substance grise de tout l'hémisphère cérébral gauche. Pie-mère fortement injectée et infiltrée de sérosité sanguinolente. Ventricules latéraux dilatés et pleins de sérosité; leurs parois rougeâtres et couvertes de granulations très-légères; système vasculaire cérébral gorgé de sang; substance grise du cerveau très-molle; la médullaire ferme, résistante et très-injectée.

Thorax. Huit onces environ de sérosité dans chaque côté de la poitrine. Poumons et cœur sains.

Abdomen. Tout est sain dans cette cavité.

Réflexions. Après avoir vu dans les faits qui précèdent, l'inflammation consécutive de la substance grise des hémisphères déterminer une agitation *convulsive* très-violente, tantôt continue, tantôt périodique, nous allons maintenant examiner les observations où les spasmes se sont montrés sous une forme différente. Dans celle que nous analysons, c'étaient des attaques épileptiformes qui duraient quelquefois plusieurs heures et se répétaient irrégulièrement tous les mois et quelquefois tous les quinze jours. Le malade tombait, perdait tout-à-coup connaissance et était pris de secousses convulsives des membres avec rougeur et gonflement de la face et écume à la bouche. Après chaque attaque les facultés et les mouvemens s'affaiblissaient davantage. Dans les intervalles, le malade était calme, à demi-paralysé et dominé

par des idées ambitieuses. L'autopsie nous a montré la face interne des méninges adhérente à toute la surface de l'hémisphère gauche, dont la substance grise était très-molle. On me demandera peut-être pourquoi l'inflammation, dont cette adhérence est un signe certain, n'existait pas aussi sur l'hémisphère droit, puisque les symptômes étaient généraux et non bornés au côté droit du corps. Il est probable que l'irritation d'un hémisphère se propageait à l'autre; peut-être aussi que nous n'avons pas examiné avec assez de soin l'hémisphère droit et que quelques adhérences nous ont échappé. On rejetera cette dernière conjecture si l'on remarque qu'à la suite des attaques qui survinrent la veille de la mort, le côté droit présentait seul un état de rigidité générale. Le gauche était dans la résolution, ce qui pourrait induire à penser qu'il devait y avoir une désorganisation du cerveau à droite; mais le malade étant dans un état comateux, le côté gauche cessait d'être sous l'influence de la volonté et pouvait facilement recevoir les mouvemens qu'on lui imprimait, sans qu'on puisse rien en conclure relativement à l'état du cerveau. Ce fait tend donc à prouver que les attaques épileptiformes qui surviennent dans le cours de la méningite chronique, dépendent d'une encéphalite de la substance grise des hémisphères, laquelle est produite par une inflammation plus ou moins vive des méninges.

Il confirme encore toutes les autres observations

de cet ouvrage relativement aux causes et aux symptômes propres de la méningite chronique ainsi qu'aux lésions organiques dont ceux-ci sont les effets.

Le parallèle suivant nous pourra montrer les rapports qui les unissent, ainsi que leur mode d'action:

Au début : *Pie-mère très-injectée, inflammation de l'arachnoïde après une attaque de congestion cérébrale.* Monomanie ambitieuse avec embarras dans la prononciation et la démarche. Plus tard, *phlegmasie de la face interne des méninges plus considérable, se propageant à la substance grise du cerveau, qui s'enflamme, se ramollit et contracte des adhérences avec elle dans une grande étendue de l'hémisphère gauche.* Attaques épileptiformes qui se répètent chaque fois que l'inflammation du cerveau se renouvelle. Dans les derniers temps, *épanchement de sérosité autour du cerveau; pie-mère infiltrée du même liquide, ventricules latéraux pleins de ce fluide.* Affaiblissement très-considérable des facultés, idées très-bornées, état voisin de la stupidité, augmentation de la paralysie. Le jour qui précède la mort, *injection subite très-forte des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau, renouvellement de l'inflammation de la surface de l'hémisphère gauche.* Quatre attaques épileptiformes très-violentes, suivies d'un état comateux dans lequel il y a des grincemens de dents et une roideur tétanique de tout le côté *droit* du corps.

VIIIe. Observation.

Point de renseignemens; au début, plusieurs attaques épileptiformes suivies d'un état comateux, auquel succèdent de l'agitation et du délire; quelque temps après, cessation de l'agitation, affaiblissement des facultés, retour des attaques à des intervalles de plusieurs mois; souvent état de joie et de contentement, idées exagérées sur sa fortune; trois ans après, à deux ou trois reprises, attaques qui se renouvellent sept à huit fois en un quart-d'heure; un an plus tard, autres attaques, oblitération graduelle de l'intelligence, état voisin de l'imbécillité, paralysie incomplète et générale; mort dans une attaque. *Méningite chronique du cerveau et des ventricules; arachnoïde et pie-mère adhérentes à toute la surface du cerveau, qui est molle et injectée; pie-mère rouge et infiltrée de sérosité; ventricules latéraux distendus par ce fluide.*

M. Vincent M***, chapelier, âgé de cinquante-huit ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, entra à la Maison royale de Charenton, le 30 octobre 1816, sans renseignemens. On apprit seulement que cet homme avait été frappé depuis quelques mois de plusieurs attaques épileptiformes, à la suite desquelles il était resté pendant douze heures dans un état comateux. Il avait ensuite recouvré le sentiment et le mouvement; mais il était tombé dans un état d'agitation et de délire. Dans une de ces attaques, on eut recours à la cautérisation syncipitale.

Depuis son entrée jusqu'en 1817, il resta dans l'état suivant: Ses attaques revenaient d'une manière irrégulière, tantôt tous les six mois, tantôt tous les quatre mois, ou à des intervalles plus rapprochés. Elles consistaient en une perte subite de connaissance, accompagnée de secousses convulsives de la tête et des membres. A la suite de ces attaques, il restait pendant un

ou deux jours dans un état d'abattement moral. Il parlait avec peine et perdait le souvenir des personnes et des choses qu'il connaissait le mieux. Lorsque ces symptômes s'étaient dissipés, il était dominé par l'idée qu'on voulait l'empoisonner pour avoir sa fortune; que l'on payait les infirmiers et les cuisiniers pour mettre quelque poison dans ses alimens; qu'on lui avait fait avaler un médicament vénéneux composé avec l'opium et la eiguë, à haute dose, etc.; de là une méfiance extrême contre toutes les personnes qu'il supposait avoir quelque intérêt à sa mort. Ce délire était encore entretenu par une pyrosis dont il était affecté depuis plusieurs années: lorsqu'elle survenait, il sentait à la suite de ses repas des douleurs à l'estomac, qui étaient bientôt suivies du renvoi d'un liquide acide et très-abondant, et quelquefois de vomissement.

Le malade était sujet depuis long-temps à un flux hémorrhoïdal très-abondant et périodique qui, par son interruption, augmentait la pyrosis et produisait des maux de tête et des coliques. Depuis les premières attaques il se plaignait d'une roideur et d'un engourdissement dans les membres supérieurs, que des bains, des frictions sèches et ammoniacales n'avaient pu diminuer. Plusieurs fois les attaques furent précédées de bégaiement, de perte de la parole, etc. Des sangsues au cou et des lavemens purgatifs parvinrent quelquefois, dans ces cas, à les arrêter.

Lorsque le malade n'éprouvait point de douleurs épigastriques, il était dominé par des idées relatives à sa fortune. Il racontait à tout le monde, avec un air de joie et de contentement extrême, qu'il avait cinq mille livres de rente, une maison bien montée un superbe

magasin de chapeaux, etc.; ce qui était au-dessus de la réalité. Ses facultés étaient faibles et sa mémoire était très-altérée. Il était incapable de suivre un raisonnement.

Il avait un appétit vorace, mangeait énormément et était dans un état d'embonpoint très-marqué.

Pendant l'année 1819, les attaques devinrent beaucoup plus fréquentes. A deux ou trois reprises, il en survint six à huit de suite, à un quart-d'heure de distance l'une de l'autre. Le malade resta un jour environ dans un état comateux que dissipa une forte saignée de la jugulaire; pendant les deux jours suivans, efforts vains pour parler, agitation de la langue, qui ne rend que des sons inarticulés; ensuite retour de la parole, mais avec bégaiement considérable et une atteinte profonde portée aux facultés intellectuelles.

En 1820, il y eut plusieurs attaques épileptiformes; le délire exclusif fit place à un état de démence: face pleine et inexpressive, perte de mémoire, point de suite dans les idées; un peu de gêne dans les mouvemens de la langue et des membres. Cet état se rapprocha bientôt de l'imbécillité. Le malade, dont l'air était hébété, était calme et tranquille, restait long-temps à la même place dans un silence stupide. Lorsqu'on l'interrogeait sur sa santé, il répondait avec l'expression du plus grand contentement qu'il se portait parfaitement bien. En même temps, intégrité complète des fonctions nutritives.

Vers la fin de cette année, stupidité très-grande, perte totale de la mémoire, mouvemens gênés. Le 17 octobre, attaque épileptiforme très-violente, qui se répète plusieurs fois de suite; état comateux et mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Cadavre

dans un état d'embonpoint musculaire et graisseux.

Crâne. On voyait sur la partie supérieure de l'os frontal une large cicatrice produite par un moxa qu'on avait appliqué sur la tête du malade dans une de ses attaques. La calotte du crâne enlevée, on aperçut que l'hémisphère droit du cerveau était beaucoup plus volumineux et proéminent que le gauche dans sa partie moyenne, et qu'il était déprimé sur la région temporale, tandis que le gauche était plus volumineux dans sa partie postérieure.

Les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang. Il y avait beaucoup de sérosité épanchée entre cette dernière membrane et l'arachnoïde, à la base du crâne et à l'origine du canal vertébral. L'arachnoïde cérébrale était opaque et avait une apparence gélatineuse sur tout le cerveau, mais principalement sur la région supérieure. On voyait à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche deux petites élévations formées par un amas de sérosité qui s'était rassemblée dans cet endroit après avoir écarté les circonvolutions cérébrales.

La cavité qui en était résultée, était tapissée par une légère fausse membrane, qui avait la ténuité d'une toile d'araignée. L'arachnoïde et la pie-mère étaient adhérentes à toute la surface encéphalique, excepté sur le cervelet et la protubérance cérébrale, mais à des degrés différens. Sur la convexité des hémisphères, en détachant les membranes, on enlevait une couche d'une ligne d'épaisseur environ de substance grise; on en séparait moins de leur surface interne, et enfin on en enlevait très-peu des lobes du cerveau. Cette couche de substance grise, qui restait adhérente à la surface des méninges, se détachait uniquement de la surface des circon-

volutions, et non de celle des anfractuosités. La surface du cerveau, dont on avait enlevé l'arachnoïde, était molle et avait une couleur rosée très-marquée. L'épaississement et l'augmentation de résistance de l'arachnoïde étaient d'autant plus considérables que l'adhérence au cerveau était plus marquée; ainsi ils étaient plus forts sur l'extérieur des hémisphères que partout ailleurs, et nuls sur le cervelet. La pie-mère était très-rouge, injectée, et infiltrée de sérosité. Les ventricules latéraux, plus vastes que dans l'état naturel, étaient distendus par une grande quantité de fluide séreux qui formait un petit jet en s'écoulant de ces cavités. L'arachnoïde ventriculaire était épaissie et recouverte, dans les quatre ventricules, de granulations ténues, très-rapprochées les unes des autres, sensibles au toucher et donnant une apparence chagrinée à la surface des ventricules, dont on pouvait la détacher en s'y prenant avec précaution. La substance encéphalique était injectée.

Thorax. Poumons sains; le gauche intimement adhérent à la plèvre costale. Cœur volumineux.

Abdomen. Nulle altération des organes enfermés dans cette cavité. La membrane muqueuse gastro-intestinale avait une couleur blanchâtre. La membrane muqueuse du rectum présentait des tumeurs hémorrhoïdales mollasses dont le volume variait depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celui d'un grain de raisin. Les unes étaient flasques et flétries; les autres conservaient de la consistance et contenaient du sang dans leur intérieur.

Réflexions. Cette observation a beaucoup d'analogie avec la précédente; mais elle en diffère sous plusieurs rapports essentiels qui méritent princi-

palement de nous occuper. Le défaut de renseignemens sur le début de la maladie nous empêche de savoir si le délire, qui survint à cette époque et qui succéda à des attaques épileptiformes, avait été accompagné ou non d'idées ambitieuses; si ces attaques n'avaient pas été précédées elles-mêmes d'attaques de congestion cérébrale et de dérangement des facultés, comme nous serions porté à le penser, s'il n'y avait pas eu, à une époque plus ou moins rapprochée de l'invasion, une interruption ou une suppression du flux hémorrhoïdal très-abondant et périodique auquel le malade était sujet depuis long-temps.

Contentons-nous de suivre la maladie dans tout son cours, en rapprochant les altérations organiques et les symptômes qu'elle a présentés, et en tâchant d'expliquer d'une manière claire et naturelle l'influence des premières pour donner lieu aux seconds.

Au début, le malade est frappé de plusieurs attaques de congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau, accompagnées d'une inflammation de la face interne des méninges, qui contracte des adhérences avec plusieurs points de la convexité des hémisphères; de là la perte de connaissance, les mouvemens convulsifs épileptiformes et l'état comateux. Mais bientôt la phlegmasie de la couche corticale cesse, la réplétion sanguine du système vasculaire cérébral diminue, et par conséquent la compression qu'elle

exerçait sur l'encéphale ; la pie-mère reste injectée; l'inflammation de la face interne de l'arachnoïde continue et le cerveau est irrité secondairement ; alors le sentiment et le mouvement se rétablissent, mais il y a de l'agitation et du délire. Au bout d'un certain temps ces symptômes disparaissent.

Pendant les deux premières années que le malade passe à Charenton, les méninges sont épaissies ; il y a une congestion légère dans la pie-mère, et peut-être un peu de sérosité dans les ventricules. Il survient à de grands intervalles des attaques de congestion sanguine avec inflammation de la face interne des méninges, et par suite de la substance grise dans différens points des hémisphères; cette congestion se dissipe ensuite graduellement au bout de quelques jours. Voilà pour les altérations ou pour les causes ; voici pour les symptômes ou les effets : le malade reste dans un état de calme, ses facultés sont faibles; il est frappé de temps en temps d'attaques épileptiformes, à la suite desquelles il reste pendant un ou plusieurs jours dans un état d'abattement moral, parlant avec peine et ayant perdu le souvenir des choses les plus communes.

Dans la troisième année du séjour de M. Vincent M*** à Charenton, les attaques de congestion sont plus fréquentes; à deux ou trois reprises, il en survient six à huit en un quart-d'heure ; l'inflammation de la substance grise du cerveau devient plus profonde, plus étendue et se dissipe plus

lentement, l'arachnoïde cérébrale augmente de consistance, la pie-mère commence à s'infiltrer de sérosité, la membrane des ventricules s'épaissit et exhale une certaine quantité du même fluide. Alors les convulsions épileptiformes sont plus violentes, la paralysie de la langue se dissipe lentement, les facultés sont beaucoup plus affaiblies.

Enfin, dans la quatrième année, qui est celle de la mort du malade, les attaques sont plus fréquentes encore, l'inflammation de la substance grise s'étend à une ligne de profondeur sur les hémisphères et se propage jusqu'à la base du cerveau; la pie-mère se remplit de sérosité de manière à donner à l'arachnoïde une apparence gélatineuse; une grande quantité du même fluide est exhalée à la surface de l'arachnoïde et dans les ventricules, qui en sont distendus. La pie-mère reste rouge et très-injectée; la surface de la substance corticale est molle et rouge. A ces lésions correspondent les symptômes suivans : les mouvemens convulsifs ont toujours le même caractère, mais sont plus violens; les facultés s'oblitèrent graduellement et le malade tombe bientôt dans un état voisin de l'imbécillité, qui finit par une stupidité presque complète; les mouvemens sont à demi paralysés.

Il nous reste encore deux objets à examiner dans cette observation; ce sont les idées de fortune qui, dans certains momens, occupaient beaucoup le malade, et le délire mélancolique qui le dominait

lorsqu'il éprouvait les atteintes de la pyrosis. Ces idées de fortune, quoique exagérées, n'étaient ni assez dominantes, ni assez éloignées de la vérité pour constituer la monomanie ambitieuse que nous présentent la plupart des observations précédentes. On remarquera aussi que le malade était alors dans un état de calme : or, nous avons vu jusqu'à présent qu'il y avait un rapport constant, relativement à l'intensité, entre l'agitation et le délire, d'où nous avons conclu que l'irritation secondaire du cerveau, qui donne lieu à la première, devait également contribuer au second. Nous devons donc penser, d'après cela, que le cerveau n'étant pas irrité, dans l'intervalle des attaques, chez le malade qui fait le sujet de cette dernière observation, une des conditions nécessaires à l'existence d'un délire ambitieux bien marqué n'existait pas chez lui.

Quant au délire mélancolique dont ce malade était affecté, qui consistait dans la persuasion qu'on l'avait empoisonné et qu'on cherchait à lui faire prendre des alimens vénéneux, nous le regardons comme purement mental, comme dépendant d'un faux jugement que des affections morales profondes et des événemens mal interprétés rendaient sans cesse dominant. Voici ce qui s'est passé dans son esprit, pour arriver à ces idées exclusives. M. M*** avait des motifs légitimes de croire que ses parens et d'autres personnes avaient des vues sur sa fortune; il savait que l'opium et la ciguë faisaient dormir. C'est alors qu'il est frappé d'une attaque

épileptiforme ; revenu à lui, il se voit entouré des personnes qu'il regardait comme ses ennemis ; il apprend qu'il est resté douze heures dans un état d'assoupissement ; il en conclut qu'on lui a donné une potion soporifique, afin de lui faire perdre la tête et de s'emparer de ses biens pendant la durée de son sommeil ; bientôt il éprouve du délire à la suite de ses attaques, et l'on est obligé de le faire enfermer à Charenton, circonstance qui confirme ses premiers soupçons. Quelque temps après, il commence à être sujet à une pyrosis très-intense, ce qui est pour lui une nouvelle preuve qu'on l'empoisonne. Les attaques se renouvellent ; il en infère qu'on a gagné les infirmiers, qui lui font avaler adroitement des pilules d'opium et de ciguë. Comme, d'ailleurs, ses facultés sont très-faibles, on ne peut le dissuader de cette série d'idées fausses, qui sont cependant liées entre elles d'une manière logique.

Que dirons-nous des causes de la pyrosis dont ce malade était affecté ? Ne dépendait-elle point de l'état du cerveau ? Je serais porté à le penser ; mais je n'en ai d'ailleurs aucune preuve directe. Au reste, elle n'était certainement point due à une gastrite chronique, comme le pense M. Broussais, puisque la membrane muqueuse gastro-intestinale avait une couleur blanchâtre.

IXe. Observation.

Prédisposition héréditaire ; chagrins. Au début, mélancolie ; bientôt après, monomanie religieuse, deux attaques avec convulsions générales ; plus tard, incohérence dans les idées, agitation avec paroxysmes de fureur ; grincemens des dents ; ensuite plus de calme ; paralysie incomplète très-marquée. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules ; membranes adhérentes au cerveau ; pie-mère très-injectée, de même que la substance grise ; un peu de sérosité à la base du crâne et dans les ventricules.*

Éléonore P***, fondeur de suif, âgé de quarante-un ans, était d'une constitution délicate, sujet à des incommodités très-variées, et d'un caractère ambitieux, violent et très-emporté. Il voyait toujours tout en beau, et faisait des projets dont l'exécution l'avait ruiné. Dès sa plus tendre jeunesse, il se livrait avec fureur à la masturbation, à laquelle se joignirent plus tard de grands excès vénériens. Un de ses cousins germains était, depuis long-temps, dans un état d'imbécillité.

Vers le commencement de 1820, il avait des momens où sa tête était dérangée d'une manière non équivoque. Il ne dormait point et passait quelquefois deux ou trois nuits sans vouloir se coucher. Mais, au 20 mars, le chagrin de voir qu'il ne pouvait pas payer ses dettes et qu'il était entièrement ruiné, le jeta dans un état de mélancolie. Il était persuadé qu'on allait l'arrêter, il voyait autour de lui ses créanciers et des gendarmes qui allaient se saisir de sa personne. Il entendait des gens qui criaient : *M. P*** a fait banqueroute.*

Cet état de mélancolie dura peu de temps et fut remplacé par une monomanie ambitieuse. Il avait des millions ; l'or tombait chez lui de tous côtés ; il était tantôt duc, tantôt prince. Il était persuadé que le roi allait

demeurer chez lui ; il avait fait enlever tous ses meubles pour le recevoir d'une manière plus convenable. Il était disposé à frapper lorsqu'on le contrariait, mais il redevenait doux, lorsqu'on lui parlait avec fermeté.

Dans la nuit du 18 au 19 avril, il fut très-agité ; il se leva en chemise et resta deux heures à genoux, la face contre terre, dans l'intention d'être consacré à saint Denis. Il voulut ensuite forcer un de ses amis à l'imiter.

Le lendemain, il eut une attaque avec mouvemens convulsifs des membres, principalement des supérieurs; agitation spasmodique de la face, claquement des dents, froid intense des pieds, face très-pâle, après avoir été très-rouge avant l'attaque.

Cette attaque se renouvela quatre jours après avec les mêmes symptômes et se termina comme la précédente par des pleurs. En même temps le malade parlait beaucoup, surtout pendant la nuit. Il était violent quand on le contrariait, et cherchait à frapper. Il voulut étrangler un homme qui était venu chez lui pour acheter une de ses vaches. Il marchait à grands pas, très-vîte et en gesticulant; il croyait toujours entendre parler autour de lui; il se plaignait d'une douleur intense dans le front. Ses discours étaient incohérens comme ses actions.

Le 24 avril 1820, il entra à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant : Face amaigrie et offrant une contraction particulière, agitation continuelle qui oblige de lui laisser habituellement la camisole; accès subits de fureur dans lesquels il cherche à briser et à frapper, et déchire ses vêtemens, lorsqu'il n'est pas retenu. Tantôt il reste taciturne et immobile dans un coin de sa salle, tantôt il se promène à grands pas en agitant les bras et

en poussant des cris inarticulés. Il se met souvent en colère lorsqu'on l'interroge, mais il se calme bientôt. Il ne dort pas et ne cesse de parler pendant la nuit ; il grince fréquemment des dents, et marche d'une manière mal assurée, mais sans chanceler. Il répond très-difficilement aux questions qu'on lui fait. Sa prononciation est embarrassée, sa voix basse et enrouée. Toutes ses idées sont incohérentes. Il se plaint d'avoir des pistolets dans la tête, fait toucher les bosses où il sent les extrémités des pistolets. Refus des alimens, constipation. (Sangsues à l'anus, lavemens émolliens.)

Pendant le mois de mai, peu de changement dans les symptômes. Moins d'agitation, point de réponse aux questions. Le malade reste debout dans un coin, taciturne, la face tournée contre le mur. Il refuse les alimens et l'on parvient à peine, dans les premiers temps, à force d'instance, à lui faire avaler quelques potages. (Bains avec des fomentations froides sur la tête.) Mais ses refus finissent par être d'une opiniâtreté extrême; il reste plus de huit jours sans boire, ni manger. La maigreur et la faiblesse font des progrès rapides. Il est très-sale et lâche toutes ses excrétions sous lui; le pouls est habituellement petit et faible. (Vin de quinquina et ensuite extrait.)

Une plaie, d'abord gangréneuse et ensuite suppurante, qu'il avait à chaque jambe, contribue à augmenter la débilité.

Dans le mois de juin, augmentation de tous les symptômes, marasme complet, idées incohérentes, prononciation très-difficile. Le 10 juillet, mort.

Ouverture du cadavre. — *État extérieur.* Plaies profondes aux jambes. Maigreur considérable.

Crâne. Une petite quantité de sérosité est épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La dure-mère présente cinq à huit ossifications implantées à sa surface interne; elles sont rapprochées les unes des autres, et occupent trois pouces environ d'étendue. Leur volume et leur forme varient. Elles sont aplaties, allongées et recouvertes en dedans par l'arachnoïde. La plus volumineuse, fixée à la faux du cerveau, a un pouce de long sur un demi-pouce de large; les autres sont adhérentes à la dure-mère au-dessous du sinus longitudinal supérieur.

Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde, blanchâtre dans quelques points, a perdu beaucoup de sa transparence. Elle est considérablement épaissie et très-résistante. On la sépare facilement du cerveau, et elle supporte une traction assez forte sans se déchirer; mais elle a ses caractères naturels sur la base du cerveau et le cervelet.

La pie-mère est très-rouge, extrêmement injectée et infiltrée de sérosité; en la détachant, ses vaisseaux, qui se rompent, donnent beaucoup de sang, qui se répand sur les circonvolutions et les anfractuosités. L'arachnoïde et la pie-mère sont adhérentes à la surface de la substance grise du cerveau et seulement sur les circonvolutions dans un très-grand nombre d'endroits. En détachant l'arachnoïde, on enlève des portions de la couche superficielle du cerveau, qui restent adhérentes à cette membrane. La surface extérieure du cerveau et surtout celle des pertes de substance ont une couleur rosée. Toute la masse cérébrale est injectée.

Il y a une certaine quantité de sérosité épanchée à la base du crâne et dans les ventricules latéraux, dont la

membrane est épaissie et la surface hérissée de granulations extrêmement ténues.

Thorax. Une chopine environ de sérosité verdâtre dans la cavité gauche de la poitrine, fluide qui contient quelques flocons blanchâtres. Concrétions albumineuses à la partie supérieure de la poitrine, dans la portion dorsale de la plèvre costale. La moitié postérieure du poumon gauche rouge et gorgée de sang.

Abdomen. L'estomac offrant un grand nombre de points rouges.

Réflexions. Il n'y a pas eu chez P***, de même que chez plusieurs autres malades que nous avons déjà examinés, d'attaque de congestion cérébrale subite, qui ait précédé le délire ambitieux; mais ce malade avait été en proie pendant assez long-temps à des chagrins très-violens, qui avaient même fini par le jeter dans un état de mélancolie. Or, cette cause est celle qui produit le plus souvent une congestion lente chez les individus qui portent une prédisposition à cette affection.

Quant aux phénomènes et aux altérations organiques, nous trouvons ici, comme dans les autres observations de cette série, les mêmes rapports et la même subordination.

Ainsi, vers le troisième mois, le malade éprouva deux attaques avec mouvemens convulsifs généraux. Depuis cette époque jusqu'à sa mort il eut des grincemens très-fréquens des dents. *Un grand*

nombre d'adhérences des méninges à la substance grise, qui a une couleur rosée.

Pendant la plus grande partie du cours de la maladie son délire fut général et accompagné d'idées ambitieuses dominantes. Il était très-agité et sujet à des accès subits et très-fréquens de fureur violente. *Méningite chronique des hémisphères, pie-mère très-rouge, substance grise rouge.* Dans les derniers temps de la maladie, la marche était mal assurée sans être chancelante, la prononciation était embarrassée. Quelques jours avant la mort, les excrétions étaient involontaires. *Une certaine quantité de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde sur les hémisphères, à la base du crâne, dans les ventricules latéraux et dans le tissu de la pie-mère.* L'épanchement séreux est beaucoup moins considérable dans cette observation que dans beaucoup d'autres de cet ouvrage ; mais on remarquera que les symptômes de paralysie incomplète n'étaient pas non plus très-intenses.

Le malade succomba à une pleurésie chronique dont rien n'avait fait soupçonner l'existence pendant la vie. Nous avons déjà vu plusieurs exemples d'une semblable terminaison ; nous rechercherons dans la seconde partie de cet ouvrage de quelle manière on peut expliquer une coïncidence si fréquente.

Xe. Observation.

Suppression d'un flux hémorrhoïdal ; plusieurs chutes. Au début et dans les premiers temps, monomanie ambitieuse avec affaiblissement des facultés et gêne de la prononciation et de la démarche ; plus tard, idées ambitieuses très-vastes et incohérentes, augmentation de la paralysie incomplète, paroxysmes irréguliers d'agitation ; ensuite, mêmes idées dominantes, démence complète, plusieurs attaques de congestion, souvent accompagnées de convulsions; dans la dernière période, stupidité avec oblitération complète des facultés, paralysie générale, quelques tremblemens dans les membres. *Méningite chronique très-intense des hémisphères ; arachnoïde et pie-mère adhérentes à la substance corticale ; dix onces environ de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; les ventricules distendus par ce fluide.*

M. Jean-François M***, d'un tempérament sanguin, âgé de quarante et un ans, sculpteur très-habile, était sujet à un flux hémorrhoïdal périodique et très-abondant, qui, malgré l'application des sangsues, s'était supprimé depuis quelque temps et n'avait pas reparu. Il avait fait plusieurs chutes de quarante à cinquante pieds de hauteur, dans lesquelles il avait éprouvé des commotions cérébrales violentes et s'était fracturé le bras droit. Dans les premiers jours de janvier 1818, son caractère et son esprit changèrent d'une manière remarquable : il parlait beaucoup, s'exaltait et entrait en fureur à la moindre contrariété, voulait faire des entreprises avec tout le monde, et montrait dans ses affaires domestiques un affaiblissement considérable de la mémoire. Dès-lors, les facultés intellectuelles se dérangèrent d'une manière rapide, et quelque temps après l'exaltation diminua ; un délire exclusif et ambitieux survint : il avait quinze mille livres de rente ; les projets gigantesques qu'il allait exécuter devaient lui rapporter des millions. Il parlait

avec un peu de gêne; sa démarche était mal assurée ; il ne dormait pas pendant la nuit et était souvent assoupi pendant le jour.

Le 26 août 1818, il entre à la Maison royale de Charenton, à peu près dans le même état. Il est capable de travailler, demande ses instrumens, et dessine sur les murs de sa chambre des dessins remarquables par l'exactitude de leurs proportions.

Cependant son esprit s'affaiblit chaque jour; ses mouvemens deviennent plus difficiles; son délire ambitieux s'étend : il possède six cent mille francs; il bâtira des châteaux plus beaux que ceux des Tuileries et du Louvre. Impossibilité de se livrer à des occupations suivies.

Le 14 janvier 1819, difficulté de fixer son attention; légère surdité; conception lente pour les questions les plus simples; propos vagues; délire plus étendu. Il possède six cent milliards, deux cents vaisseaux; il a acheté l'Italie, s'est emparé de l'Asie; il est le meilleur artiste de l'Europe. Lorsqu'on l'interroge sur sa santé, il répond qu'il se porte parfaitement bien, qu'il ne doit point être enfermé, et que son équipage est à la porte, où il est attendu. Il montre encore beaucoup de goût pour la sculpture et le dessin, quoiqu'il soit incapable de tout raisonnement. Quelques jours après, facultés beaucoup plus affaiblies; incohérence dans les idées; mémoire si altérée, qu'il a oublié ses plus proches parens et qu'il a de la peine à reconnaître son épouse; exaltation avec agitation par momens; accès d'emportement à la moindre contrariété; voix lente et traînante, parole bégayée; démarche gênée, chancelante par intervalles; de temps en temps, légers tremblemens des mem-

bres supérieurs ; appétit vorace ; beaucoup d'embonpoint.

Le 31 janvier, irascibilité augmentée ; idées dominantes plus étendues et plus incohérentes ; progression si chancelante, qu'il marche souvent comme un homme ivre.

Le 8 février, facultés profondément altérées ; il ne conçoit aucune des questions qu'on lui fait, et repond par des paroles extravagantes qui n'ont aucun rapport aux demandes qu'on lui a faites ; prédominance continuelle d'idées de richesse, de grandeur, de puissance, qui n'ont entre elles aucune espèce de cohérence. Il a détruit toute l'Asie, dont il est empereur; il a cassé le pont qui allait à la lune, il a conduit les Chinois à Paris, il a huit cents pieds de hauteur, etc.

Le 13 mars, état complet de démence; mêmes idées dominantes, qui composent toute la sphère de ses connaissances; démarche dans laquelle il traîne lentement les pieds et est exposé sans cesse à tomber, le tronc paraissant faire fléchir les jambes sous son poids; langue si embarrassée, qu'il parle avec une difficulté extrême ; écoulement involontaire des urines et des excrémens ; faim dévorante, affaiblissement des forces.

Le malade reste six mois environ dans cet état, sans offrir de changement remarquable.

Le 23 août, amélioration de l'état physique; diminution de la paralysie incomplète; il parle avec moins de difficulté, retient volontairement ses excrétions. Démence avec agitation sans violence; emportemens fréquens de courte durée et ne laissant aucune impression ; face hébétée, exprimant la satisfaction, le contentement intérieur. Il va et vient sans cesse. Il est quelquefois assis ;

d'autres fois attaché sur un fauteuil, avec une camisole, lorsqu'il est agité; il répète continuellement des mots d'une incohérence complète, marqués tous au coin de l'ambition la plus extravagante. Voici un exemple de son langage : Je suis l'empereur de Paris; j'ai été l'empereur de partout; j'ai vécu six cent mille ans; j'ai cent pieds; je monte au ciel; je suis le maître du Capitole; j'ai ressuscité la France; j'ai cent mille châteaux d'or, quarante mille chevaux d'or de bleu, qui font quatre-vingts lieues par jour, et qui mangent des pâtés et du café; je me grandis moi-même; je ne meurs jamais; je suis en or; j'ai vingt belles têtes en or; j'ai des yeux bien caducés, qui sont de beaux diamans, etc. Les affections morales sont oblitérées; il est incapable de tout sentiment de haine, d'amitié, etc. Cependant, par momens, il prononce le nom de son épouse, et paraît la reconnaître dans toutes les femmes qu'il voit.

M. M*** reste plusieurs mois dans cet état; ensuite l'agitation diminue, le cercle des idées se rétrécit; il ne parle que lorsqu'on l'interroge, et le plus souvent il répond en répétant le dernier mot de la question qu'on lui a faite.

Pendant l'année 1819, il a éprouvé plusieurs attaques de congestion cérébrale, caractérisées par la perte subite ou la diminution de la connaissance, la privation de la parole ou la difficulté d'articuler des mots, l'immobilité du système musculaire, ou des convulsions de la face et des yeux, et des tremblemens des membres. Le sentiment et le mouvement revenaient bientôt; mais après chaque attaque la paralysie incomplète augmentait, l'anéantissement moral faisait des progrès.

Dans le mois de mai 1820, démarche si chancelante,

qu'il se soutient à peine; grincemens fréquens des dents; excrétions involontaires; parole extrêmement lente et traînante; trois attaques de congestion cérébrale avec tremblemens.

Pendant le mois de juin, imbécillite complète; face terne, inexpressive, couverte d'une sueur épaisse, visqueuse et gluante; conception éteinte; point de réponse aux questions qu'on lui fait, ou bien il fait entendre quelques monosyllabes mal articulés; nul signe de déterminations volontaires. Il ne peut se soutenir d'aucune manière, même assis. Ses membres sont pendans sur les parties latérales du tronc, et offrent quelques tremblemens; il est habituellement attaché sur un fauteuil en forme de chaise percée, et lâche involontairement toutes ses excrétions. Le 20, augmentation de la congestion cérébrale, quelques mouvemens convulsifs; perte de connaissance, qui revient bientôt, et se borne à un reste de sensibilité générale. Le 26, teinte brunâtre des talons; excoriation du sacrum. Le 27, nulle trace de sensibilité, respiration profonde; gangrène des talons, qui sont noirâtres et couverts de phlyctènes. Vers le soir, tremblemens des membres inférieurs, mais surtout du droit; respiration bruyante, stertoreuse, et mort.

Pendant tout le cours de la maladie il n'y a eu nulle altération du pouls et de la digestion, et l'appétit a toujours été vorace.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Cadavre de cinq pieds cinq pouces, remarquable par la régularité de ses formes; embonpoint musculaire très-prononcé; chairs fermes; escarre large au sacrum; gangrène des talons.

Crâne. Épanchement de deux onces environ de séro-

sité entre le feuillet arachnoïdien de la dure-mère et le feuillet cérébral, plus abondante du côté gauche que du côté droit. L'arachnoïde cérébrale était peu altérée à la base du cerveau; sur les hémisphères, elle avait presque complètement perdu sa transparence, était opaque et d'un blanc grisâtre, vue sur sa face externe. Sa surface interne était adhérente au parenchyme encéphalique sur toute la convexité des hémisphères, et était couverte d'une couche de ce parenchyme, lorsqu'on la séparait du cerveau. Elle avait au moins quatre fois son épaisseur naturelle, et avait quelque ressemblance avec du parchemin ramolli; sa cohésion était tellement augmentée, qu'on pouvait soutenir et suspendre la masse encéphalique à l'aide d'un léger lambeau de cette membrane, détaché de la surface du cerveau. On pouvait même lui imprimer différens mouvemens sans qu'il se déchirât.

Plus de huit onces de sérosité à la base du crâne ou sortant du canal rachidien. Les ventricules latéraux et le troisième ventricule pleins et distendus par le même fluide, qui s'écoulait par jet au moyen d'une piqûre faite au-devant des nerfs optiques; ces cavités dilatées et plus vastes d'un tiers que dans l'état ordinaire. L'arachnoïde qui les tapisse, épaissie d'une manière notable et facile à séparer de la surface cérébrale. Granulations dans le ventricule du cervelet extrêmement ténues, sensibles à la vue, et non au toucher.

Substance cérébrale généralement molle; celle de la protubérance annulaire beaucoup plus consistante. L'extrémité supérieure de la moelle vertébrale offrant une cohésion et une dureté remarquables. Arachnoïde vertébrale épaissie et plus résistante que dans l'état naturel.

Thorax. Poumons sains. Le péricarde contenant une

once de sang noirâtre; le cœur extrêmement mou, et facile à déchirer, se laissant pénétrer sans efforts par les doigts; ses cavités larges, dilatées et vides.

Abdomen. La muqueuse gastrique, un peu rugueuse au toucher, n'offrant ni rougeur ni épaississement; les autres organes sains.

Réflexions. Cette observation nous présente tous les degrés de la maladie, depuis la monomanie ambitieuse, et une gêne dans les mouvemens de la langue, jusqu'à la stupidité la plus complète, avec paralysie générale, symptômes qu'expliquent de la manière la plus satisfaisante les lésions organiques trouvées à l'ouverture du cadavre. Ainsi, au début, le malade est atteint d'un délire ambitieux accompagné d'un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles, d'un état d'exaltation et d'un embarras de la prononciation, quelque temps après la suppression d'un flux hémorrhoïdal périodique et très-abondant, qui a évidemment déterminé une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère avec irritation de l'arachnoïde.

Plus tard, les idées de grandeur et de richesse s'étendent et deviennent plus gigantesques, plus dominantes et complètement incohérentes; l'intelligence s'affaiblit davantage, les mouvemens sont très-gênés; il survient des tremblemens dans les membres et de l'agitation par momens. Ces phénomènes nous indiquent une augmentation de la

congestion cérébrale et de l'irritation de l'arachnoïde, accompagnée de quelques points d'inflammation de la surface du cerveau.

Cet état augmente d'abord et reste ensuite stationnaire pendant près d'un an. Dans cet intervalle, le malade est frappé de plusieurs attaques avec perte subite ou diminution de connaissance, et tantôt avec immobilité de l'appareil musculaire, tantôt avec des mouvemens convulsifs des membres, de la face et des yeux. Ces phénomènes sont des signes d'inflammation de la substance grise. Or, nous avons vu que les méninges étaient adhérentes, sur toute la convexité des hémisphères, à la substance grise, qui était ramollie dans cette région.

Les observations qui précèdent nous ont déjà montré, et celles qui suivront nous montreront aussi que les phénomènes spasmodiques qui résultent de cette encéphalite consécutive, diffèrent en général suivant son étendue, et qu'ordinairement, lorsqu'elle occupe une partie considérable de la convexité et de la face interne des hémisphères, elle donne lieu tantôt à une agitation spasmodique très-violente et entièrement aveugle, continue ou périodique, tantôt à des attaques épileptiformes ou simplement convulsives, comme nous le voyons dans l'observation précédente; tandis que, lorsque cette inflammation est bornée à un certain nombre de points, elle ne détermine que des symptômes spasmodiques par-

tiels. La cause de ce fait est si simple, qu'il est à peine nécessaire de l'indiquer. Dans le premier cas, l'irritation du cerveau étant générale, ses effets sur l'appareil locomoteur doivent être généraux; ils doivent être locaux, au contraire, dans le second cas, où l'irritation du cerveau est seulement locale. Cependant ce point souffre des exceptions et ne pourrait pas être érigé en principe général pour toutes les maladies du cerveau, ni même pour tous les cas de méningite chronique; car un grand nombre d'observations de cet ouvrage nous ont prouvé que l'encéphale peut être fortement irrité, sans que la substance grise s'enflamme d'une manière manifeste, ou du moins sans qu'elle contracte des adhérences avec les méninges.

Nous arrivons maintenant à la dernière époque de la maladie, qui nous présente tous les signes d'une compression du cerveau portée au plus haut degré, savoir, un affaiblissement très-considérable de la sensibilité générale, une oblitération complète des facultés et des idées, et une paralysie à peu près totale de l'appareil musculaire; état que nous ne rencontrons au même degré que dans les huitième et neuvième observations de la deuxième série. Or nous avons vu, à l'examen du crâne, un épaississement énorme de l'arachnoïde, qui avait acquis l'apparence et presque la consistance du parchemin ramolli dans l'eau, un épanchement de dix onces environ de sérosité à la surface du cerveau, et les ventricules distendus par ce liquide, qui

avait augmenté, au moins d'un tiers, leur cavité.

Que dirons-nous de l'endurcissement de la moelle allongée, que nous présente cette observation? Comme c'est le seul cas où nous l'ayons rencontré, il est évident qu'on ne peut le regarder comme la cause d'aucun des phénomènes communs à la plupart des observations que nous avons examinées jusqu'à présent; mais nous ne saurions décider si ce degré insolite de consistance doit être attribué à une inflammation chronique, ou s'il n'était qu'une variété anatomique sans importance. Néanmoins quelques faits analogues observés par divers auteurs nous font pencher pour la première opinion.

XIe. Observation.

Point de renseignemens. Agitation, incohérence générale dans les idées, marques de paralysie incomplète; le lendemain, idées ambitieuses dominantes, tremblemens très-forts des membres supérieurs et inférieurs, qui s'étendent le jour d'après à l'économie entière. Continuation de ces symptômes jusqu'à la mort. *Méningite chronique très-intense des hémisphères et des ventricules, membranes adhérentes à la substance grise sur la convexité et la face interne des hémisphères, sérosité à la base du crâne et dans les ventricules; cerveau injecté.*

François J***, nourrisseur de bestiaux, âgé de quarante-sept ans, d'une constitution athlétique, fut conduit, sans renseignemens, à la Maison royale de Charenton, le 17 août 1820.

La veille de son entrée, il était dans une agitation furieuse le matin; mais il fut assez tranquille pendant le voyage. Le jour de son arrivée, agitation qui oblige de lui mettre la camisole, insomnie.

Le 18 matin, face rouge, agitation, incohérence générale dans les idées, réponses qui n'ont le plus souvent aucun rapport aux questions qu'on lui adresse; cependant il dit son nom et le nombre de ses enfans; langue un peu embarrassée, démarche mal assurée. (Camisole, 15 sangsues à l'anus.)

Le 18 soir, loquacité continuelle, relative à des idées de fortune et au mariage de son fils, qui, d'après lui, s'est fait hier, et où il y avait un nombre considérable de personnes; il est désolé d'être attaché dans son lit et dit sans cesse qu'il veut s'en aller et qu'on le détache. Prononciation très-difficile, mouvemens convulsifs des membres supérieurs et inférieurs, consistant en des tremblemens très-forts.

Le 19, langue plus embarrassée, prononciation confuse dans laquelle on comprend à peine quelques mots; nulle attention aux questions qu'on lui fait; loquacité continuelle, incohérente et inintelligible; face pleine et injectée, insomnie; convulsions très-fortes des membres, plus désordonnées et plus intenses à droite qu'à gauche.

Le 20, augmentation des tremblemens convulsifs avec secousses, dans lesquelles il étend irrégulièrement et fléchit alternativement et d'une manière incomplète les membres supérieurs et inférieurs, qui ne s'arrêtent pas un moment; côté droit plus agité que le gauche, le corps penché de ce côté; soubresauts des tendons, agitation dans laquelle il se lève et se rasseoit sans cesse (camisole); continuation des autres symptômes.

Le 21, même état, pouls fréquent, peau chaude et couverte d'une sueur abondante. Le soir, mouvemens convulsifs des pieds, qui se relèvent et retombent en

même temps et avec bruit sur le plancher, le malade étant assis et ayant les jambes fléchies sur les cuisses à angle droit. Lorsqu'il se relève, il retombe assis, malgré tous les efforts qu'il fait pour rester debout.

Le 22, tremblement convulsif du membre inférieur droit seulement, dépendant de la contraction spasmodique des muscles extenseurs ; sensibilité des membres suspendue, ou du moins très-affaiblie : lorsqu'on le pince fortement, il répond qu'on ne lui fait pas mal. Même état mental, incohérence complète dans les idées.

Le 23, même état, prononciation moins embarrassée, facultés moins altérées. Il se plaint des gens de service, demande qu'on le détache, se dit maître maçon, se rappelle la rue où il demeurait. Les tremblemens reviennent par attaques toutes les huit ou dix minutes et en durent deux ou trois. Ils ont lieu dans la tête, le tronc et les membres. Pendant ces attaques, plaintes continuelles, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, nul signe de sensibilité lorsqu'on le pince, respiration accélérée ; extrémités froides, crachats épais et d'un gris verdâtre.

Le 24, même état; le soir, on le trouve mort dans son fauteuil.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Embonpoint musculaire et graisseux; membres garnis de chairs épaisses et fermes.

Crâne. Les parois du crâne épaisses et très-dures ; la face interne de la dure-mère un peu injectée. Beaucoup de sérosité à la base du crâne. Les sinus latéraux pleins d'un sang noir fluide et très-abondant. Il s'en écoula une grande quantité des sinus vertébraux. L'arachnoïde ayant une teinte généralement opaque, présentant çà et là des plaques blanchâtres et des granulations excessive-

ment ténues sur sa surface externe, ayant acquis une très-grande épaisseur sur toute la région supérieure du cerveau, moins sur la région inférieure, et point du tout sur le cervelet, et une résistance telle, qu'il fallait la tirailler fortement en sens contraire pour la rompre, et qu'après avoir détaché un lambeau d'un seul côté de la surface du cerveau, on pouvait facilement soulever par ce lambeau, quelque petit qu'il fût, toute la masse encéphalique. L'arachnoïde était adhérente, dans toute la région supérieure du cerveau et dans la grande scissure, à la substance encéphalique, dont la couche la plus extérieure était molle. La pie-mère était peu apparente sous l'arachnoïde, à cause de la couche de substance grise dont la face interne de celle-ci était couverte. Les ventricules latéraux étaient pleins de sérosité; leur surface présentait un grand nombre de granulations ténues, mais bien plus faciles à apercevoir que celles de la surface extérieure du cerveau. L'arachnoïde du cervelet était saine. La substance cérébrale était injectée.

Thorax. Les poumons ayant perdu une partie de leur crépitance; rouges dans leur tissu, dont la consistance était notablement augmentée; gorgés d'un sang rouge qui s'écoulait abondamment par l'incision. Un peu de sérosité dans le péricarde; le cœur volumineux; le ventricule gauche plus vaste que le droit; ses parois épaissies et faciles à déchirer.

Cavité abdominale. La membrane muqueuse de l'estomac mollasse, épaissie, d'une couleur rouge uniforme, couverte de mucosités de la même couleur. La membrane muqueuse intestinale, depuis la moitié du duodénum jusqu'au commencement de l'iléon, d'une rougeur foncée semblable à celle du vermillon, très-

tuméfiée, remplie de mucosités épaisses, très-abondantes et rouges. Les autres organes abdominaux sains.

RÉFLEXIONS. Le défaut complet de renseignemens sur J***, avant son entrée à Charenton, nous empêche de nous occuper des causes et de l'invasion de la maladie dont on vient de lire l'histoire. Nous nous bornerons donc à rechercher si les symptômes sont expliqués par les altérations organiques.

Les autres observations de cette série nous ont montré l'inflammation consécutive de la substance grise donnant lieu tantôt à une agitation convulsive continue ou périodique, tantôt à des attaques épileptiformes. Le fait qu'on vient de lire nous présente des phénomènes spasmodiques d'une autre forme. C'étaient des tremblemens extrêmement violens des membres, qui finirent par s'étendre au système musculaire tout entier, et qui laissaient au malade très-peu de momens de calme. Pendant leur durée, ses facultés étaient entièrement bouleversées : il ne pouvait point parler, et ne donnait aucun signe de sensibilité lorsqu'on le pinçait. Dans les intervalles de tranquillité qui séparaient ces mouvemens convulsifs, il répondait, quoique avec beaucoup de difficulté, aux questions qu'on lui adressait.

Les mouvemens convulsifs que nous venons de rappeler étaient généraux. Ils indiquaient donc une inflammation du cerveau qui pût réagir sur tout

l'appareil locomoteur; or c'est ce que nous avons trouvé à l'ouverture du cadavre. Les méninges étaient adhérentes à la substance grise sur toute la convexité et la face interne des hémisphères, et une couche molle de cette substance restait unie à leur face interne lorsqu'on les détachait du cerveau.

Cette observation nous présente d'ailleurs les caractères anatomiques et les symptômes essentiels de la méningite chronique, sur lesquels nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit plusieurs fois.

L'autopsie nous montre encore un engorgement sanguin des poumons, qu'on regarde généralement comme le premier degré de la péripneumonie, ainsi qu'une gastro-entérite très-intense, dont aucun symptôme n'avait dévoilé l'existence pendant la vie du malade.

XIIe. Observation.

Délire subit, bientôt accompagné de violentes contractions convulsives des membres; huit jours après, attaque de congestion suivie de délire ambitieux et de paralysie incomplète; ensuite mouvemens convulsifs très-forts; pendant les huit jours suivans, agitation convulsive intermittente, prédominance d'idées de grandeur et de richesse gigantesques; bientôt après, retour des convulsions. *Méningite chronique de la convexité et de la face interne des hémisphères; un très-grand nombre d'adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère à la substance grise, qui est rosée; injection de la pie-mère; sérosité dans cette membrane et les ventricules.*

M. Pierre-Antoine L***, topographe, âgé de trente-trois ans, d'une constitution replète, n'avait jamais fait d'excès et appartenait à une famille saine.

Depuis six mois il était devenu sombre et rêveur, lorsque, dans les premiers jours de novembre 1822, le délire éclata tout-à-coup et fut bientôt accompagné de contractions violentes et convulsives des membres, qui durèrent une heure et demie et se renouvelèrent fréquemment dans l'espace de deux jours. Il parlait beaucoup, et d'une manière incohérente, d'argent et de notaire. D'autres fois, il restait long-temps sans dire un mot. Le 8 novembre, accès de fureur dans lequel il veut couper la gorge à sa garde-malade. (Sangsues derrière les oreilles et sur le ventre, qui est très-douloureux.)

Le 9, il est conduit à Charenton. Dans les premiers jours de décembre, il est calme, parle avec un peu de suite et n'a presque point d'embarras dans la langue. Le 17 au soir, attaque subite de congestion cérébrale; il reste étendu sur son fauteuil sans mouvement et sans parole : peu de temps après, retour de la connaissance, air d'étonnement dans la figure. Il dit qu'il ne sait où il est. Langue très-rouge, fièvre.

Le 18 matin, face égarée, immobile; léger strabisme, regard stupide, un peu d'exaltation. Il dit à haute voix à chaque personne qu'il voit : *Je vous connais, je me porte bien.* Langue embarrassée qui lui fait prononcer certains mots avec lenteur et entre les dents. La nuit suivante, accès de fureur; il parle sans cesse, crie, vocifère et casse son lit.

Le 19, il est calme et se dit millionnaire. (On lui met une blouse et on lui attache les mains.) Face terne et très-altérée, langue rouge.

Le 22 et le 23, à 8 heures du matin, tremblemens dans les membres inférieurs, suivis de mouvemens convulsifs extrêmement violens dans lesquels le malade

frappe le plancher avec les pieds, étend et fléchit alternativement les membres; en même temps, pleurs, désolation. Au conseil qu'on lui donne de ne pas s'agiter de la sorte, il répond qu'il n'est pas maître de faire autrement et que c'est là ce qui le tourmente; après un quart-d'heure, retour du calme.

Le 24 et le 25, nouveaux accès de convulsion des membres, surtout des inférieurs.

Le 28 décembre, au moment où il était dans son lit, couché sur le dos et les mains attachées, il fait tout-à-coup un saut violent et s'élève de trois ou quatre pouces après s'être roidi très-fortement. Il frappe ensuite sa tête contre le mur. Quelques momens après, il éprouve une roideur générale dans les membres, s'étend et s'agite énormément.

Le jour d'après, agitation violente. Depuis cette époque jusqu'au 7 janvier 1823, cette agitation revient de deux jours l'un, et alors il crie, frappe, crache à la figure, etc.; les jours d'intervalle, il est plus calme et dominé par des idées ambitieuses. Il dit qu'il va très-bien, qu'il a 25,000 livres de rente, qu'il peut faire tous les états, qu'il est capitaine de génie, médecin, géomètre, chirurgien, accoucheur de millions de femmes. Point d'embarras dans la prononciation et la démarche.

Le 25 février 1823, on lui donne 8 grains d'émétique, qui provoquent beaucoup de vomissemens et de déjections alvines.

Le 27, on lui en donne 10 grains. Plusieurs évacuations.

Le 1er. mars, même traitement, mêmes symptômes.

Le 3, 12 grains.

Le 5, 13 grains. Vomissement bilieux très-abondant, et déjections alvines.

Le 9, cessation de l'émétique. Nulle amélioration sensible.

Le 12, spasmes violens de tout le corps, suivis d'un état de calme, dans lequel il y a quelque suite dans les idées.

Le 13, cris, chants dans la nuit, spasmes de la bouche, agitation du membre inférieur droit.

Le 17, mouvement continuel de tout le système musculaire, loquacité inconcevable excessivement rapide, articulation confuse, contorsion de la face, agitation des membres et du ventre, cris et vociférations.

Le 11 avril, peu d'embarras dans la parole, agitation irrégulière; faim dévorante et insatiable. Le malade dit souvent qu'il a vingt mille rations de pain et quarante plats à manger.

Le 14, dévoiement, face pâle et maigre, pouls fréquent, affaiblissement graduel.

Vers le milieu de mai, chute des forces, maigreur très-grande.

Le 7 juin, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Cadavre dans un état de marasme.

Tête. Sur toute la convexité des hémisphères, l'arachnoïde était épaissie, mais plus à leur partie supérieure et le long de la scissure: cet épaississement n'était pas très-considérable; la membrane avait perdu peu de sa transparence, elle était légèrement opaque. On pouvait la détacher du cerveau, mais elle se déchirait assez facilement. La pie-mère était très-injectée et infiltrée d'une grande quantité de sérosité; cette membrane et l'arachnoïde étaient adhérentes dans un grand nombre de points à la substance grise. Ces adhérences étaient ré-

pandues çà et là ; elles existaient principalement le long de la scissure et près de la partie inférieure de la convexité du cerveau. Elles étaient allongées, de grandeur variée, quelques-unes d'un demi-pouce de long sur trois ou quatre lignes de large ; en détachant les membranes on enlevait dans les points d'adhérence une couche de substance grise des circonvolutions ; mais on ne remarquait aucune adhérence dans les anfractuosités. La surface du cerveau où existaient ces lésions, ressemblait à de petits ulcères, d'une couleur légèrement rosée. Les membranes étaient saines à la base du cerveau et dans le canal rachidien.

Les ventricules latéraux étaient pleins de sérosité sans être distendus. Le cerveau était sain et un peu mou.

Thorax. Une pinte environ de sérosité limpide dans le côté gauche de la poitrine. La plèvre pulmonaire et costale de ce côté, recouverte, dans la plus grande partie de son étendue, mais principalement vers la partie inférieure, d'une fausse membrane jaunâtre, très-molle, extrêmement fragile et assez mince. Elle disparaissait vers le sommet du poumon, qui était adhérent à la plèvre costale. Le sommet présentait, au toucher, un grand nombre de duretés de grandeur inégale. A sa partie externe et gauche, on voyait une ouverture arrondie, de deux lignes de diamètre, laquelle conduisait dans une cavité capable de loger une petite noix, et remplie à moitié d'un pus blanchâtre assez épais et non lié. Ses parois étaient tapissées d'une couche un peu plus consistante.

Réflexions. Cette observation est une des plus remarquables de cette série, par la variété de mou-

memens convulsifs qu'elle nous présente. Ainsi, au début, le malade fut pris de contractions très-violentes des membres, qui se renouvelèrent fréquemment dans l'espace de deux jours. Il resta ensuite un mois et demi dans un état de calme, auquel succédèrent des tremblemens et bientôt des convulsions très-fortes des membres, qui se renouvelaient par accès irréguliers. Plus tard, il survint un état de rigidité générale, qui dura peu de temps et fut suivi d'une agitation extrêmement violente et spasmodique, qui revenait régulièrement sous le type tierce.

Tous ces symptômes ne sont évidemment que des variétés de contraction convulsive et des effets de la même cause, l'inflammation de la substance grise, qui, dans cette observation, leur donnait lieu en se renouvelant en des lieux différens, dans une étendue plus ou moins grande et avec un degré varié d'irritation. L'on conçoit facilement que l'attaque de congestion cérébrale dont le malade fut atteint, un mois et demi environ après l'invasion, ait contribué à rappeler et à augmenter l'inflammation du cerveau, en déterminant une injection très-forte de la pie-mère.

Pendant les accès d'agitation spasmodique, le cerveau était trop irrité pour que les idées ambitieuses pussent se manifester; mais elles se montraient dans les jours d'intervalle. Il n'y avait point, à cette époque, d'embarras de la prononciation et de la démarche, ce qui n'étonnera point si l'on

remarque que l'arachnoïde n'était pas très-épaissie; mais plus tard, et peu de temps avant la mort, la parole devint confuse. C'est sans doute à cette époque que se fit cet épanchement de sérosité que nous avons trouvé dans les ventricules.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, nous voyons la maladie commencer par l'inflammation de l'arachnoïde; mais elle offre cela de particulier, que, dès le début même du délire, l'inflammation se propage à la substance corticale, qui dès lors, par son fréquent retour et son extension, devient l'affection principale et donne lieu à la plupart des symptômes qui se manifestent.

L'administration de l'émétique n'a été suivie d'aucune amélioration des symptômes; mais l'appareil digestif n'ayant pas été examiné, nous ne pouvons décider si ce médicament a produit quelque phlogose de la membrane muqueuse de l'estomac. D'après deux faits que nous avons vus plus haut, nous pencherions plutôt pour la négative.

Cette observation nous offre un nouvel exemple de pleurésie chronique, dont on n'a pas soupçonné l'existence pendant la vie, ainsi qu'une cavité creusée dans le poumon gauche, qui paraissait être un abcès enkysté de cet organe. Il est à regretter que nous n'ayons pas décrit avec plus de soin les duretés pulmonaires dont il est question dans cet endroit.

XIIIe. Observation.

Monomanie ambitieuse avec exaltation et embarras dans les mouvemens; quatre mois après, deux attaques de congestion avec tremblemens très-violens des membres; pendant le mois suivant, convulsions fréquentes; ensuite rigidité avec contraction des membres supérieurs, excepté de la main gauche, qui est étendue sur l'avant-bras; rigidité tétanique avec extension et rotation en dedans des membres inférieurs. *Méningite chronique très-intense des hémisphères et des ventricules; membranes adhérentes, dans un très-grand nombre de points, à la substance grise, qui est très-injectée et ramollie dans ces endroits; ventricules distendus par la sérosité.*

Gaspard C***, sous-officier de la garde royale, âgé de quarante-cinq ans environ, d'un caractère vif et gai, entra, sans renseignemens précis, à la Maison royale de Charenton, le 9 février 1822. On apprit qu'il avait été très-affecté de la mort de son fils, qu'il perdit en 1818, et qu'au commencement de 1821 il avait de la peine à parler, qu'il perdait par momens le fil de ses idées, et qu'il prétendait souvent avoir des titres et des distinctions qui ne lui appartenaient pas. Huit jours avant d'être conduit à Charenton, il était entré au Val de Grâce, où il avait été saigné, et où on lui avait appliqué de la glace sur la tête et un vésicatoire à la nuque. A l'époque de son entrée, monomanie ambitieuse avec agitation légère et embarras dans les mouvemens et la prononciation.

A la fin de mai 1822, attaque de congestion cérébrale, consistant en une perte subite de connaissance, suivie de tremblemens généraux dans les membres, qui durent un quart-d'heure environ; idées ambitieuses; il est prince et millionnaire.

Le 26 août, nouvelle attaque accompagnée des symptômes suivans : Face rouge, gonflée et agitée par des mouvemens convulsifs; pupilles très-dilatées, ne se resserrant point malgré l'approche d'une lumière très-vive; yeux grandement ouverts; tremblemens extrêmement violens dans les membres supérieurs et inférieurs, consistant en des contractions qui se succèdent rapidement; cris confus, respiration gênée et bruyante; pouls fréquent, chaleur à la peau, sueur très-abondante qui mouille les draps. Cette attaque dure une heure et demie environ. Pendant la nuit, tremblemens légers qui reviennent de temps en temps et qui persistent le matin du jour suivant. (On est obligé de lui attacher les mains sur les côtés du lit.)

Le 29, pupilles un peu contractées, coucher en supination, réponses aux questions qu'on lui fait, prononciation très-embarrassée, nul mouvement spasmodique des membres.

Le 30, il parle beaucoup, et se dit comte et millionnaire.

Le 4 septembre, face rouge, cris et agitation pendant toute la nuit, tremblemens dans les membres, qui reviennent de temps en temps, langue tremblante et rouge, pouls fréquent, moiteur.

Le 21, loquacité, mouvemens continuels et spasmes des membres, soubresauts des tendons, douleurs générales. Même état jusqu'au 28. Le 29, flexion spasmodique de la main droite sur l'avant-bras, demi-flexion des doigts, qui font éprouver des douleurs très-vives au malade lorsqu'on veut les étendre; sensibilité de ces parties considérablement diminuée. Cessation de l'agitation.

Le 2 octobre, même état; calme, point d'idées dominantes, rigidité tétanique des membres supérieurs, qui cesse par momens et revient ensuite; secousses convulsives légères dans les membres inférieurs.

Le 3, mêmes symptômes; tremblemens des lèvres et de la langue, parole très-difficile; idées ambitieuses; il est chevalier de Saint Louis et de la Légion-d'Honneur, millionnaire, etc.

Le 10, membres supérieurs dans un état spasmodique, main gauche étendue et la droite fléchie convulsivement.

Le 12, rigidité des membres inférieurs, qui sont fléchis, et des pieds, qui sont étendus et dirigés en dedans.

Le 17, attaque de tremblemens généraux de la tête et des membres, qui dure quelques minutes.

Le 26, grincemens continuels des dents, membres supérieurs roides, contractés et fléchis à angle droit à l'avant-bras; la main gauche fortement étendue sur l'avant-bras, la droite fléchie; les membres inférieurs étendus et très-roides, les pieds tournés en dedans. Lorsqu'on soulève le malade, ses membres sont agités de tremblemens. Prononciation très-embarrassée, déjections involontaires, réponses assez justes aux questions qu'on lui fait.

Continuation de cet état jusqu'au 20 novembre. Le 21, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. État de maigreur, orbites caves, yeux convulsés. Membres dans le même état de contraction qu'avant la mort, revenant facilement lorsqu'on les tire en sens inverse. Escarre très-large au sacrum.

Crâne. Deux ou trois onces environ de sérosité entre

les deux feuillets de l'arachnoïde ; quatre ou cinq à la base du crâne.

Arachnoïde de toute la convexité des hémisphères et de leur face interne ayant une teinte grisâtre, plus opaque dans certains points que dans d'autres, épaissie d'une manière si considérable, qu'après en avoir détaché un lambeau on peut soulever presque entièrement le cerveau, en le tenant avec ce lambeau. Cependant en tirant cette membrane en sens inverse, elle se déchire assez facilement; sa face interne, conjointement avec la pie-mère, est adhérente à la substance grise, dans l'étendue de deux ou trois pouces, à la partie postérieure de la convexité des hémisphères, dans un assez grand nombre de points de leur partie antérieure, ainsi qu'à leur face interne. L'arachnoïde détachée reste couverte, sur les points où l'adhérence existait, d'une légère couche de substance grise, qui est très-molle. La partie de la surface cérébrale d'où celle-ci a été enlevée est plus molle et plus injectée dans l'étendue d'une demi-ligne, que le reste du cerveau.

Tout le cerveau est mou et injecté. Les ventricules latéraux sont distendus par la sérosité; leur membrane est très-épaissie; les plexus choroïdes offrent un grand nombre de petits kystes transparens. L'arachnoïde de la base du cerveau est saine.

Thorax. Poumons parfaitement sains; cœur très-ferme; les parois du ventricule gauche hypertrophiées.

Abdomen. L'estomac rétréci; sa membrane muqueuse formant des rides volumineuses, très-épaissie, offrant une rougeur générale inégale, et extrêmement vive, qui se termine à l'orifice pylorique. La muqueuse du duodénum présentant une multitude de points noirâtres très-petits. La muqueuse de l'intestin grêle offrant çà et là

une légère teinte rosée ; et celle du cœcum, une rougeur intense et uniforme, semblable à celle du vermillon, se prolongeant jusqu'au milieu de l'arc du colon.

Réflexions. Quelque remarquable que soit cette observation, sous le rapport des symptômes et des altérations, nous entrerons dans peu de détails à son égard, pour éviter des répétitions fastidieuses. Elle nous présente, comme tous les faits de la même série, une inflammation de la surface du cerveau consécutive à une méningite chronique très-intense. Les membranes étaient adhérentes dans une grande étendue à la substance grise, qui était très-ramollie dans ces endroits et injectée dans toute son étendue. Cette inflammation, qui se renouvela successivement dans un grand nombre d'endroits des circonvolutions, sans doute à des degrés très-variés, donna lieu à tous ces phénomènes spasmodiques qui se succédèrent sous tant de formes depuis leur apparition jusqu'à la mort du malade. Ils se manifestèrent d'abord à la suite d'une congestion cérébrale, et consistèrent en tremblemens généraux et violens dans les membres; plus tard, c'étaient des soubresauts des tendons, une flexion spasmodique de la main droite et une demi-flexion des doigts; ensuite une rigidité tétanique des membres supérieurs, accompagnée de secousses convulsives légères des inférieurs; des tremblemens généraux et des grincemens continuels des dents; enfin, pendant le dernier mois de la vie, les membres supérieurs étaient fléchis à

angle droit, la main gauche était fortement étendue sur l'avant-bras ; les membres inférieurs étaient étendus, roides et tournés en-dedans.

XIVe. Observation.

Mélancolie ; ensuite attaque de congestion cérébrale, suivie de manie ambitieuse avec paralysie incomplète et générale très-marquée ; au bout d'un mois et demi environ, retour de la raison, facultés très-affaiblies; trois mois après, deux attaques de congestion, suivies d'un délire ambitieux, avec augmentation de la paralysie ; plus tard, démence, progression impossible, parole confuse, déjections involontaires, grincemens fréquens des dents, tremblemens des membres, suivis de rigidité. *Méningite chronique très-intense des hémisphères et des ventricules ; quatre ou cinq points d'adhérence des membranes au cerveau; sérosité très-abondante à la base du crâne, et dans le tissu de la pie-mère; ventricules distendus par ce fluide ; pie-mère très-injectée.*

M. Jacques L***, capitaine d'infanterie, âgé de trente-deux ans, d'un caractère fougueux, issu d'une famille saine, avait eu plusieurs syphilis dont il ne se croyait jamais bien guéri. Il avait abusé des liqueurs fortes, sans avoir été cependant sujet à se mettre dans un état d'ivresse. Il avait fait, avec les Juifs, un commerce dans lequel il avait éprouvé des pertes, ce qui avait été cause qu'il s'était imposé des privations considérables pour les réparer.

Vers le mois de septembre 1820, il devint sombre, et il voulut, un jour, faire sortir tout le monde de sa chambre. Comme on avait des craintes sur ses intentions, on fit des perquisitions, et l'on trouva sous son chevet deux pistolets chargés. Deux jours après, du bruit qu'il entendit dans la nuit l'effraya, et lui fit croire qu'on voulait l'assassiner. Dès-lors, persuasion que ses ennemis

sont à sa poursuite, désir de se cacher, soupçons, méfiances continuelles; hallucinations acoustiques. Il voulait qu'on fermât les portes, et disait souvent *chut*, afin d'écouter et de connaître les complots qu'on tramait contre lui. C'est dans cet état qu'il entra dans la maison de M. Belhomme, où il resta quatre mois parfaitement tranquille. Mais, le 25 janvier 1821, il fut frappé d'une attaque incomplète d'apoplexie. Dès-lors son esprit se dérangea complètement, et ses mouvemens devinrent difficiles. Il était agité sans être méchant; il déchirait ses habits; brisait tout ce qui lui tombait sous la main, et parlait beaucoup de sa puissance et de ses grandeurs: il rangeait ses armées en bataille, criait souvent: En avant, mes canons, mes aides-de-camp; vive le roi; je mange avec l'empereur, etc. En même temps, démarche mal assurée, langue embarrassée, déjections involontaires, malpropreté extrême. Il faisait sous lui, et se barbouillait souvent avec ses excrémens. Il aimait beaucoup de se déshabiller et de rester tout nu. Son appétit était vorace.

Il était dans le même état à l'époque de son entrée à Charenton, qui eut lieu le 21 mai 1821. En arrivant on lui ôta ses vêtemens et on lui mit la blouse. Au bout d'un mois environ, le délire diminua beaucoup, de même que la paralysie. Quinze jours après la raison lui revint en partie; il causait avec assez de suite sur des objets peu importans, était calme, et se promenait librement dans le jardin de l'établissement. Sa démarche et sa prononciation étaient toujours un peu gênées.

Cet état dura jusqu'au mois de septembre.

Le 24, il eut, dans la nuit, un étourdissement qui le fit tomber de son lit.

Le 25, face rouge, air étonné, parole lente et em-

barrassée, démarche plus gênée. (Saignée du bras.)

Au commencement de novembre, augmentation de la paralysie incomplète, déjections involontaires.

Le 5, il gesticule dans son corridor, parle seul et à voix basse, mais ne délire sur aucun objet. Ses facultés sont faibles.

Le 11, retour à son état habituel de calme, démarche et prononciation plus embarrassées.

Le 14 décembre, étourdissement qui le fait tomber, et qui est immédiatement suivi d'un saignement de nez. Agitation, loquacité, délire ambitieux : il a des domaines considérables et trente mille livres de rente ; il est colonel : ces idées conservent assez de cohérence dans son esprit. Il marche sans cesse et parle seul, à voix basse. Il parle lentement, prononce certains mots d'une manière inintelligible, et se plaint beaucoup d'éprouver des maux de tête. Il chancèle sur ses jambes.

Le 19, langue et lèvres tremblantes. (Moxa à la nuque.)

Le 6 février 1822, même état ; chutes très-fréquentes, cou roide, embarras dans les mouvemens des membres, qui sont pendans sur les côtés du tronc.

Le 12 avril, paralysie plus avancée ; parole confuse, tremblante, difficile à entendre ; impossibilité presque complète de se soutenir sur ses jambes, qui fléchissent sous lui, ce qui oblige de le laisser habituellement sur un fauteuil en forme de chaise percée ; démence avec quelques idées ambitieuses dominantes, air de contentement et de satisfaction peint dans la figure ; excellent appétit.

Le 22, légère amélioration.

Le 12 mai, même état ; grincemens fréquens des dents.

Au commencement d'août, M. Royer-Collard lui prescrit, pendant une quinzaine de jours, huit grains d'émétique, dont on porte ensuite la dose jusqu'à quinze par jour. Ce médicament provoque des vomissemens et des selles très-fréquentes.

Le 14, face très-rouge, pupilles dilatées, grincemens très-forts des dents, tremblemens légers dans les membres supérieurs, qu'on sent en saisissant les bras; impossibilité de parler malgré tous les efforts que fait le malade; pouls fréquent.

Le 30, on cesse l'émétique, qui n'a produit aucune espèce d'amélioration.

Le 25 octobre, mêmes symptômes; roideur convulsive générale, plus considérable du côté droit du corps que du gauche; tremblemens des membres par momens; grincemens continuels des dents : même état jusqu'au mois de décembre. A cette époque, formation d'une large escarre au sacrum, qui occasione bientôt la carie de cet os; diarrhée, affaiblissement.

Le 15 février 1823, continuation des tremblemens généraux; membres inférieurs roides; demi-flexion, avec rigidité considérable, du membre supérieur droit; le gauche obéissant à la volonté; impossibilité d'avaler les solides; déglutition des liquides difficile; pâleur extrême; continuation du dévoiement; maigreur.

Le 19, agrandissement de l'escarre au sacrum; nouvelle escarre très-large à la fesse; nulle réponse aux questions, ou réponses monosyllabiques.

Le 20, continuation de tous les symptômes, dilatation des pupilles, doigts fortement contractés, débilité très-grande, respiration difficile.

Le 21, cris plaintifs et non articulés pendant toute la nuit.

Le 22, mort.

Ouverture du cadavre. — *État extérieur.* Distorsion de la bouche; escarres au sacrum et à une des fesses.

Crâne. Six à sept onces de sérosité à la base du crâne. L'arachnoïde qui recouvre la convexité et la face interne des hémisphères est grisâtre dans quelques points, terne dans toute son étendue, un peu soulevée vers la grande scissure par la sérosité épanchée sous elle dans la pie-mère. Elle est très-épaissie jusqu'aux lobes; on la détache très-facilement de toute la surface encéphalique des hémisphères, et on peut presque soulever entièrement la masse cérébrale avec un lambeau de cette membrane détaché du cerveau. Son épaisseur approche de celle du parchemin ramolli dans l'eau; sa ténacité va en diminuant du milieu de la convexité des hémisphères vers la base, où on la déchire facilement. Sur les lobes et le cervelet elle n'est point altérée. Sur la convexité de l'hémisphère gauche, l'arachnoïde et la pie-mère sont adhérentes à la substance cérébrale dans quatre ou cinq endroits et dans l'étendue de quelques lignes à un demi-pouce. Une légère couche de substance cérébrale reste adhérente dans ces points à la face interne des méninges. La pie-mère est infiltrée de sérosité dans tous les points où l'arachnoïde est épaissie; elle est très-injectée, surtout du côté droit, où ses vaisseaux capillaires sont très-dilatés et offrent une rougeur très-vive tirant sur le brun.

Les ventricules latéraux sont énormément distendus par la sérosité. Leur capacité est augmentée au moins d'un tiers; le ventricule gauche est plus vaste que le droit, principalement à sa partie postérieure. La cavité digitale est au moins doublée. La membrane ventri-

culaire est très-épaissie, facile à séparer dans la plus grande partie de son étendue; elle est principalement très-résistante sur la cloison des ventricules; elle présente sur les corps striés, les couches optiques, etc., une multitude de granulations très-ténues, sensibles au toucher. Le cerveau est assez ferme et un peu injecté.

Thorax. Point d'organes altérés dans cette cavité.

Abdomen. Estomac très-vaste, contenant huit onces environ d'un fluide verdâtre. Sa membrane muqueuse, présentant près du cardia et dans l'étendue de trois pouces une rougeur très-vive et parfaitement circonscrite, circulaire, très-foncée dans quelques endroits et même noirâtre, plus légère dans d'autres. Elle est épaissie d'une manière manifeste; au-delà elle est grisâtre et présente çà et là quelques points rougeâtres. La muqueuse de l'intestin grêle, couverte de mucosités jaunâtres, offre une injection légère qui va en augmentant. Le cœcum offre une rougeur très-vive, uniforme, un peu plus foncée que le vermillon; à plusieurs endroits on voit des points blancs qui sont formés par du pus; en incisant la membrane, on voit au dessous de ces points de petits abcès d'un pus blanchâtre et consistant, qui communiquent avec l'extérieur par de petites ouvertures; la rougeur vermillon se continue dans la muqueuse du colon jusqu'au commencement de son arc.

Les autres organes sains.

Réflexions Le début de la maladie dont nous venons de tracer l'histoire, diffère de celui que nous ont présenté la plupart des observations précédentes. Il consistait dans un état de mélancolie profonde, avec crainte d'être poursuivi et assassiné, méfiances

continuelles et hallucinations acoustiques. Ce délire exclusif, qui dura pendant quelque temps, ne peut pas être considéré comme un effet de la méningite chronique, car il n'était accompagné d'aucun des symptômes essentiels de cette maladie; mais par l'état de terreur continuelle dans laquelle il jetait le malade, on doit le regarder comme une des principales causes occasionelles de l'attaque de congestion cérébrale dont celui-ci fut atteint quatre mois après l'invasion de la mélancolie.

Cette attaque fut immédiatement suivie d'un délire ambitieux, avec agitation violente et paralysie générale et incomplète, symptômes que les observations précédentes nous ont présentés si souvent à la suite des congestions cérébrales, qu'il nous paraît désormais impossible de douter que l'injection sanguine de la pie-mère et du cerveau, qui les constitue, ne soit la cause prochaine de ces phénomènes, auxquels elle donne lieu soit en comprimant le cerveau, soit en déterminant l'inflammation de la surface cérébrale de l'arachnoïde, qui, à son tour, irrite l'encéphale. Nous ne reviendrons pas sur les raisonnemens et les faits qui servent de base à cette opinion, que confirmerait d'ailleurs le reste de l'observation que nous analysons, et la plupart de celles qu'on lira dans le cours de cet ouvrage.

Poursuivons l'examen de la XIVe. observation. Un mois après l'entrée du malade à Charenton, les idées ambitieuses se dissipèrent, la raison revint; mais les facultés restèrent faibles et les mouvemens sen-

siblement gênés. Ces symptômes nous prouvent que l'inflammation de l'arachnoïde et la congestion sanguine s'étaient dissipées en grande partie, mais que le cerveau était légèrement comprimé, soit par les méninges épaissies, soit par une certaine quantité de sérosité épanchée dans les ventricules ou dans la pie-mère, lésions qui devaient nécessairement disposer puissamment le malade à une nouvelle congestion cérébrale. C'est, en effet, ce qui eut lieu. Il survint deux étourdissemens violens qui le firent tomber, et qui étaient accompagnés de rougeur de la face, de saignemens de nez, etc. Dès-lors, délire ambitieux, agitation, loquacité, prononciation difficile, démarche chancelante. N'est-il pas manifeste que ces phénomènes, dépendant à la fois de l'irritation et de la compression du cerveau, étaient l'effet plus éloigné du retour de l'injection de la pie-mère et de l'inflammation de l'arachnoïde ?

Dans la dernière période se manifestèrent les symptômes d'inflammation consécutive de la surface de la substance grise, dont nous avons trouvé les caractères anatomiques sur quatre à cinq endroits de la convexité de l'hémisphère *gauche*. Ces symptômes, quoique beaucoup moins variés que dans la treizième observation, se présentèrent néanmoins sous plusieurs formes. Les spasmes de l'appareil locomoteur commencèrent par des grincemens de dents très-fréquens et très-violens. Il s'y joignit bientôt des tremblemens des membres supérieurs, qui, peu de temps après, alternèrent avec une

roideur générale, beaucoup plus considérable du côté droit que du gauche. Enfin, pendant les huit derniers jours, continuation des tremblemens généraux, membres inférieurs roides, contraction avec rigidité considérable du membre supérieur droit, le gauche obéissant à la volonté. C'est également dans cette dernière période de la maladie, que la compression du cerveau devint très-considérable, puisqu'il y avait une infiltration séreuse de la pie-mère, un épanchement de six à sept onces de sérosité à la base du crâne, et une si grande quantité du même liquide dans les ventricules latéraux, surtout dans le gauche, que leur capacité était augmentée au moins d'un tiers. Ces altérations portèrent l'atteinte la plus profonde à la sensibilité, aux mouvemens et aux facultés. Il se forma plusieurs escarres sur diverses parties; les membres restèrent pendans sur les parties latérales du corps; la marche devint impossible, la prononciation presque inintelligible, les excrétions involontaires, la déglutition très-difficile; les facultés tombèrent dans un état d'anéantissement complet.

XV[e]. Observation.

Excès de boissons, insolation, ivresse. Au début, délire ambitieux, exaltation, embarras dans la prononciation et la démarche; le septième jour, agitation continuelle, démarche très-chancelante; pendant les quatorze derniers jours, mouvemens convulsifs des membres supérieurs et de la face, resserrement des mâchoires. *Sur les hémisphères cérébraux, pie-mère très-injectée; arachnoïde rouge*

dans toute sa cavité, épaissie, adhérente dans plusieurs points au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, et à la substance grise du cerveau.

Romain - Victor B***, épicier, âgé de quarante ans environ, d'une famille saine, d'un caractère gai et doux, avait commencé de très-bonne heure à se livrer d'une manière excessive à l'usage du vin et de l'eau-de-vie. Dans le courant du mois de mai 1819, il dormit pendant long-tems exposé aux rayons d'un soleil très-ardent, et ne tarda pas à être atteint d'un érysipèle très-intense, qui s'étendit à toute la face et au cuir chevelu. Depuis cette époque, il conserva une céphalalgie habituelle, ce qui ne l'empêcha pas de continuer ses excès de boissons.

Le 29 juin 1819, il fit une orgie, et tomba dans un état d'ivresse, qui fut immédiatement suivi d'une aliénation complète. Il était dominé par des idées ambitieuses. Il était énormément riche et puissant; tout ce qu'il voyait lui appartenait, et il parlait continuellement et sans suite; il n'était pas violent et ne dormait point; sa prononciation était très-embarrassée; il marchait difficilement et en chancelant. Ces symptômes augmentèrent, loin de diminuer. Deux ou trois jours après l'invasion, le malade eut des vomissemens qui revinrent à plusieurs reprises.

Le 6 juillet, il fut conduit à la maison royale de Charenton dans l'état suivant : Agitation continuelle, cris, loquacité incohérente, démarche extrêmement chancelante, qui expose le malade à tomber à chaque pas.

Le 7, face rouge et sans expression, point de réponse aux questions qu'on lui fait, agitation diminuée, regard incertain, pouls fréquent, langue rouge, signes de sensibilité lorsqu'on presse l'épigastre.

Pendant sept à huit jours, même état. Ensuite, les facultés s'altèrent davantage; il ne comprend aucune des questions qu'on lui fait.

Vers le 15, agitation et mouvemens convulsifs des membres supérieurs, carphologie, soubresauts des tendons, spasmes des muscles de la face, resserrement continuel des mâchoires par la contraction tétanique des masséters, face livide, lèvres rouges, langue sèche, blanchâtre à sa surface et rouge sur ses bords; pouls petit et fréquent. (Vingt sangsues au cou, lavement purgatif.)

Le 18, dents et lèvres noires et fuligineuses, langue sèche, face décomposée, respiration fréquente (3 verres de décoction de quinquina.)

Même état jusqu'au 22.

Le 23, mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Cadavre maigre, chairs fermes et résistantes.

Crâne. Un peu de sérosité épanchée entre l'arachnoïde et la dure-mère; une quantité assez considérable à la base du crâne. La face interne de cette dernière membrane est rouge dans la région antérieure du crâne. L'arachnoïde, qui recouvre la partie antérieure des hémisphères et le lobe antérieur du cerveau, offre une vive rougeur, qui diminue en arrière et disparaît auprès du cervelet, où l'on voit un réseau de capillaires injectés. Cette membrane est unie au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, sur les apophyses d'Ingrassias, au bord supérieur du rocher et à divers autres points de la face interne du crâne, par des filamens celluleux assez faciles à rompre.

L'arachnoïde est très-épaissie, très-résistante, et adhérente dans un grand nombre de points à la sub-

stance grise, dont on emporte la couche la plus superficielle en détachant cette membrane.

Dans les endroits où l'arachnoïde est rouge, c'est-à-dire vers la région antérieure de l'encéphale, la pie-mère a une couleur écarlate et ses vaisseaux sont fortement injectés.

Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité légèrement sanguinolente. Leur membrane séreuse est épaissie, ainsi que celle des autres ventricules. Celle du quatrième est couverte d'une multitude de granulations à peine visibles à l'œil nu.

La substance cérébrale est très-injectée et très-molle; elle se laisse pénétrer avec la plus grande facilité, principalement dans les ventricules, où le doigt laisse son impression, en touchant légèrement leur surface.

Thorax. Poumon gauche endurci dans sa partie postérieure, et gorgé d'une sérosité sanguinolente.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac présente dans sa portion cardiaque des points rouges très-nombreux et arrondis, entre lesquels cette membrane est blanchâtre. Cette rougeur n'existe point dans sa portion pylorique. La muqueuse d'une partie des intestins grêles est couverte d'une bile jaunâtre et épaisse; elle est injectée d'une manière très-sensible. Les autres organes sains.

Réflexions. Les symptômes et la marche de cette observation méritent sous plusieurs rapports d'attirer notre attention. Nous remarquons d'abord que les excès de boissons que le malade faisait depuis long-temps, l'avaient disposé aux congestions cérébrales, lorsqu'il fut atteint, après une

forte insolation, d'un érysipèle général de la face et du cuir chevelu. Il conserva ensuite pendant plus d'un mois une *céphalalgie habituelle*, qui ne l'empêcha pas de continuer ses excès de boisson.

Ce symptôme est un des caractères essentiels de l'arachnitis aiguë, qui a son siége dans la cavité de l'arachnoïde, tandis qu'il existe rarement dans la méningite chronique qui, comme nous l'avons dit plusieurs fois, commence par une congestion de la pie-mère et une irritation de la face cérébrale de l'arachnoïde. Il tend donc à nous faire penser qu'il existait, à cette époque de la maladie, un travail inflammatoire commençant à la surface externe de cette membrane, ou à son feuillet qui tapisse la dure-mère. Mais poursuivons :

Le malade ainsi atteint d'une céphalalgie continuelle, fit une orgie et tomba dans un état d'ivresse qui fut immédiatement suivi d'une aliénation complète. Il est évident que cette cause n'a pu agir qu'en déterminant une congestion cérébrale, en augmentant l'irritation déjà existante dans la cavité de l'arachnoïde, et en irritant en même temps sa face contiguë au cerveau. C'est ce qu'a prouvé l'autopsie, en nous montrant d'un côté la face externe de l'arachnoïde cérébrale et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère rouges, injectés et adhérens entre eux dans plusieurs points à l'aide de filamens celluleux ; et d'un autre côté, la pie-mère extrêmement injectée, ayant une couleur

écarlate, et l'arachnoïde cérébrale épaissie et adhérente au cerveau dans un grand nombre de points.

Aussi remarquons-nous ici les symptômes propres à ces différentes altérations et au siége de chacune d'elles, savoir, pour la *congestion sanguine de la pie-mère, et l'inflammation commençante de la face interne de l'arachnoïde cérébrale*, le délire ambitieux, l'embarras dans la prononciation et la démarche, l'agitation; pour l'*inflammation de la face externe de cette membrane et du feuillet arachnoïdien de la dure-mère*, la céphalalgie, l'agitation et les vomissemens qui se renouvellent à plusieurs reprises. Ce dernier symptôme est ici de la plus haute importance, pour la distinction que nous venons de faire; car on sait qu'il est très-fréquent dans l'arachnitis aiguë, tandis qu'on ne l'observe jamais dans la méningite avec congestion de la pie-mère.

Continuons notre examen. Le septième jour, B**** est extrêmement agité; la paralysie incomplète est plus considérable, ce qui nous indique que la congestion et l'inflammation sont augmentées.

Mais depuis cette époque jusqu'à la mort la scène change: l'agitation diminue, les facultés s'altèrent plus profondément; le malade ne répond point aux questions qu'on lui fait; symptômes qui indiquent une compression plus forte du cerveau. Il se déclare un ordre particulier de phénomènes,

que nous rencontrons dans toutes les observations de cette série : des mouvemens convulsifs des membres supérieurs, des spasmes de la face, un resserrement des mâchoires. Nous avons avancé, d'après les nombreuses observations de M. Lallemand et celles qui nous appartiennent, que c'étaient là les signes ordinaires de l'inflammation du cerveau. Or, l'observation que nous analysons nous a montré les caractères anatomiques de cette inflammation consécutive à une méningite, c'est-à-dire l'adhérence de l'arachnoïde à un grand nombre de points de la substance grise.

Il est encore dans cette observation un point qui mérite d'être noté, c'est sa durée, qui a été beaucoup plus courte que dans tous les autres faits du même genre, puisqu'elle ne s'est pas prolongée au delà d'un mois et demi.

Cette circonstance dépend sans doute d'abord de ce que le malade avait été soumis à plusieurs causes toutes très-énergiques, qui déterminent souvent l'arachnitis aiguë ; et en second lieu, de ce que l'inflammation tenait à la fois de cette dernière maladie et de la méningite chronique, l'arachnoïde ayant été enflammée par des causes particulières dans ces deux cas, et à sa surface interne et à sa surface externe. En effet, il paraît manifeste que la première de ces maladies avait été déterminée par l'insolation dont le malade fut frappé, et la deuxième, par l'état d'ivresse qui précéda l'invasion de l'aliénation.

QUATRIÈME SÉRIE.

Sommaire des Observations de la quatrième Série.

1°. *Symptômes.* Les quatre premières observations de ce groupe, presque entièrement analogues à celles de la première série (1), présentent les symptômes ordinaires de la méningite chronique, savoir : dans les premiers temps une monomanie ambitieuse plus ou moins incohérente, avec ou sans agitation, accompagnée d'une paralysie incomplète commençante de la langue et des membres inférieurs ; plus tard, une agitation maniaque, avec des idées ambitieuses dominantes; et dans la dernière période, un état de démence semi-paralytique très-marqué.

Les trois observations de cette série, qui suivent les quatre premières, se distinguent, comme celles de la deuxième série (2), par un état de démence de très-longue durée, qui dégénère plus tard en une stupidité complète, avec oblitération totale des idées et impossibilité de marcher et de se soutenir.

Les cinq dernières observations, semblables à celles de la troisième série (3), offrent, indépendamment des symptômes communs de la méningite chronique, des phénomènes spasmodiques, tels qu'une agitation convulsive générale, des grincemens des dents, des rigidités tétaniques d'un ou de plusieurs membres, des contractions, des tremblemens avec contraction.

2°. *Lésions organiques.* Toutes les observations de cette série ont pour caractère anatomique commun, l'existence

---

(1) Voyez le sommaire, p. 2.

(2) Voyez le sommaire, p. 98.

(3) Voyez le sommaire, p. 144.

d'une fausse membrane, plus ou moins épaisse et consistante entre les deux feuillets de l'arachnoïde, avec injection de la face interne de la dure-mère, et souvent des caillots de sang entre celle-ci et l'exsudation membraneuse.

De plus, les cinq premières présentent les lésions ordinaires de la méningite chronique, telles que nous les avons vues dans la première série (p. 3).

Les trois suivantes, outre ces lésions, sont remarquables, comme celles de la deuxième série (p. 98), par une compression extrême du cerveau.

Les quatre dernières se distinguent par la lésion propre à la troisième série (p. 144), savoir, par des adhérences plus ou moins étendues des méninges à la substance grise du cerveau, qui est injecté à des degrés variés.

Première Observation.

Prédisposition héréditaire, interruption d'une saignée mensuelle. Manie violente avec prédominance d'idées ambitieuses, paralysie générale et incomplète; quelques jours avant la mort, impossibilité de parler et de se soutenir. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane sur la face interne de la dure-mère; pie-mère rouge et infiltrée de sérosité; une grande quantité de ce fluide autour du cerveau et dans les ventricules, qui sont distendus.*

Jean Charles B***, âgé de cinquante-huit ans, d'une constitution assez robuste, d'un caractère doux et timide, d'un esprit borné, était né d'un père dont la tête était très-faible et d'une mère qui mourut dans un état de démence. Il avait fait beaucoup d'excès vénériens, et depuis un assez grand nombre d'années il était affecté d'hémorrhoïdes, pour lesquelles il avait l'habitude de se faire mettre des sangsues à l'anus tous les mois. Depuis assez long-temps il avait entièrement négligé cette pré-

caution et il avait pris une dose assez forte de cantharides.

Il était sujet, depuis long-temps, à des absences d'esprit assez fréquentes, lorsqu'il fut pris, le 19 novembre 1818, d'un délire maniaque. Il parlait sans cesse, le plus souvent seul; ses idées étaient incohérentes et relatives à des événemens dont il ne s'occupait jamais antérieurement, et qui s'étaient passés vingt-cinq ou trente ans avant; il voulait se séparer de sa femme, qu'il avait prise en aversion; il était tantôt gai, tantôt triste; son agitation allait quelquefois jusqu'à la violence, surtout quand on le contrariait. Il fut saigné du pied et on lui prescrivit une boisson rafraîchissante et des lavemens.

Le 27 novembre, il entra à la Maison royale de Charenton, dans un état de manie avec agitation considérable et prédominance d'idées ambitieuses. Il se croyait possesseur d'une immense fortune; il devait enrichir tout le monde; il avait un équipage magnifique, etc. Il parlait beaucoup et pouvait suivre assez long-temps une conversation, mais en disant mille extravagances; il n'était jamais en repos; il allait, venait, parlait, chantait, etc.

Vers le milieu de janvier 1819, tous ces symptômes avaient augmenté, il parlait sans s'arrêter un seul instant, et comme s'il était poussé par quelque force irrésistible; tantôt il élevait la voix, tantôt il l'abaissait et marmotait entre ses dents des mots qu'on ne pouvait comprendre. Ses facultés étaient dans un bouleversement complet; il était étranger à tout ce qui l'entourait, et ses idées, tout-à-fait incohérentes et très-bornées, étaient uniquement relatives aux richesses et aux grandeurs. Il se croyait tantôt général, tantôt roi, empereur; quel-

quefois même il était dieu. Il possédait des millions et des milliards ; il répandait l'or à pleines mains, etc. Malgré son agitation, sa langue était sensiblement embarrassée; il parlait avec effort et prononçait difficilement. Il marchait avec beaucoup de peine et faisait des chutes assez fréquentes. L'écoulement involontaire des excrémens et des urines le rendait sale et malpropre. Depuis son entrée, il avait maigri d'une manière très-sensible, quoiqu'il mangeât beaucoup.

Le 18 du même mois, la plupart des symptômes avaient augmenté d'intensité : l'agitation avait cependant un peu diminué ; mais il y avait une faiblesse considérable ; le malade avait la face rouge et ne pouvait plus se soutenir.

Le 23, il ne pouvait plus parler, quoiqu'il fût très-agité.

Le 25, il succomba, à cinq heures du matin.

Autopsie cadavérique. — *État extérieur.* Le cadavre conservait de l'embonpoint ; les chairs étaient fermes.

Crâne. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde et à la base du crâne ; il en sortait aussi du canal rachidien. On voyait sur l'arachnoïde, à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère gauche, une plaque rougeâtre de sang caillé, du diamètre d'une pièce de six francs, peu adhérente à la membrane séreuse, dont on la séparait en essuyant cette dernière avec précaution. Vis-à-vis cette plaque, le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était recouvert d'une fausse membrane assez épaisse, qui, dans cet endroit, avait une couleur noire et paraissait formée par du sang : elle se séparait assez facilement du feuillet séreux ; mais à quelques pouces

de distance de la plaque noire, son épaisseur diminuait, et l'on ne pouvait plus la détacher du feuillet arachnoïdien de la dure-mère.

L'arachnoïde cérébrale était blanchâtre et opaque dans plusieurs points, mais principalement sur la convexité et la face interne des hémisphères; dans ces endroits, elle était très-épaissie, très-résistante, et on la séparait facilement de la surface cérébrale sans la briser. Sous cette membrane, la pie-mère était rouge et infiltrée de beaucoup de sérosité, qui pénétrait dans les anfractuosités.

Les ventricules latéraux étaient distendus par le même fluide. Toute leur surface, ainsi que celle du troisième et du quatrième ventricules, étaient recouvertes de granulations sensibles au toucher, très-rapprochées et inégalement disséminées. Le cerveau était très-injecté.

Thorax. Les deux poumons étaient intimement adhérens aux parois de la poitrine. Le gauche ne contenait presque point d'air; il n'était point crépitant, et était réduit au quart de son volume ordinaire. Le droit était sain, et offrait en arrière l'engorgement cadavérique. Le péricarde contenait un peu de sérosité. Le ventricule gauche du cœur, très-ferme, paraissait un peu plus épais que dans son état naturel. L'aorte présentait, au-dessous de sa crosse, des plaques osseuses, très-rapprochées, d'un pouce de long, situées sous la membrane interne de l'artère.

Abdomen. Tout était sain dans cette cavité.

Réflexions. On se rappelle que les différences que présentent les observations de méningite chronique, dans les altérations organiques qui les constituent et dans les symptômes qui leur correspon-

dent, nous ont fait diviser ces observations en plusieurs groupes ou séries, dans chacune desquelles nous avons placé les faits qui avaient le plus d'analogie entre eux; que ceux de la première série nous présentent la maladie avec ses caractères anatomiques essentiels et ses symptômes ordinaires exempts en général de complication; que ceux de la seconde se distinguent par une quantité très-abondante de sérosité dans les cavités et à la surface du cerveau, et par les signes d'une compression considérable de cet organe; et que ceux de la troisième nous offrent des traces d'une inflammation consécutive, plus ou moins étendue, de la substance corticale des hémisphères, ainsi que des phénomènes spasmodiques correspondans.

L'existence d'une fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde est l'altération organique qui nous sert à rapprocher les faits qui composent la quatrième série, dans l'examen de laquelle nous allons entrer. Mais nous ne remarquerons pas toujours ici des symptômes évidemment produits par cette cause et qui puissent nous servir à la faire reconnaître dans le plus grand nombre des cas. Les observations de cette série sont en général très-compliquées et nous offrent les lésions organiques et les phénomènes des trois précédentes. Nous les placerons successivement suivant qu'elles auront plus de rapport avec la première, la seconde ou la troisième série.

L'observation qu'on vient de lire nous offre une

analogie si complète avec celles de la première série, qu'il serait inutile de la discuter en détail. Elle est un tableau fidèle de la marche que suit la méningite chronique, lorsqu'il n'y a point d'accumulation très-considérable de sérosité dans les cavités et à la surface du cerveau, ou d'inflammation consécutive de cet organe.

Quant à la fausse membrane qui existait à gauche sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère, nous ne voyons aucun symptôme qu'on puisse lui rapporter d'une manière évidente. L'inflammation nécessaire pour sa formation aura contribué sans doute à augmenter l'agitation dans laquelle se trouvait le malade ; mais elle ne pouvait en être la cause principale, qui consistait dans l'inflammation des méninges de la convexité des hémisphères. Cette production membraneuse avait-elle été occasionée par l'irritation que le caillot sanguin qui lui correspondait avait exercée sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère, ou bien était-elle, ainsi que le caillot, le résultat de la même exhalation morbide? Cette dernière opinion paraît beaucoup plus probable.

IIe. Observation.

Excès de boissons. Mélancolie ; ensuite affaiblissement des facultés ; bientôt après, manie ambitieuse et violente, avec embarras de la langue ; plus tard, augmentation de l'agitation. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules ; fausse membrane sur la faux de la dure-mère ; pie-mère injectée et infiltrée de sérosité ; une grande quantité de ce fluide à la base du crâne et dans les ventricules.*

M. Étienne L***, officier supérieur, invalide, âgé de soixante-six ans, d'un caractère vif et emporté, d'une constitution replète, était né de parens sains. Il avait éprouvé beaucoup de fatigues et de privations pendant une carrière militaire de près de trente ans et s'était toujours livré à la boisson.

Dans le mois de mai 1817, il tomba dans un état de tristesse et de mélancolie occasionée par des bruits scandaleux qu'on avait fait courir sur sa conduite, et devint ombrageux et méfiant. Il se croyait environné d'ennemis qui cherchaient à l'empoisonner ; aussi mangeait-il avec crainte. A cet état, succéda une apathie générale et un affaiblissement des facultés intellectuelles, qui durèrent jusqu'au mois de décembre.

Le 10 de ce mois, M. L*** fut pris subitement d'une agitation très-violente et d'un délire ambitieux dominant. Il se croyait très-riche, et était persuadé que le Roi l'avait revêtu des plus grandes dignités. Il ne dormait pas et parlait avec un peu de difficulté.

Le 18, jour de son entrée à la maison royale de Charenton, il avait la figure rouge et animée ; il parlait sans cesse et d'une manière incohérente, de sa fortune et de ses dignités ; il ne restait pas un moment à la même place ; sa langue et sa démarche étaient embarrassées ;

l'appétit était vorace (camisole). Pendant les premiers jours, il faisait beaucoup de bruit, surtout pendant la nuit. Vers la fin du mois il survint un peu de calme.

Au commencement de janvier 1818, il était extrêmement agité et était dominé par les idées de richesse et de grandeur les plus extravagantes; mais ce qui l'occupait le plus, c'était un cabriolet d'or massif que le roi lui avait donné pour aller à la cour. Continuation des autres symptômes.

Le 9, le malade fut pris d'une toux sèche et fréquente avec respiration douloureuse et difficile; fièvre. (M. Royer-Collard prescrivit quinze sangsues sur la poitrine.) L'agitation diminua beaucoup; les excrétions devinrent involontaires.

Ces symptômes continuèrent jusqu'au commencement de février, où la dyspnée augmenta d'une manière sensible. Le 6, toux fréquente, crachats épais, d'un gris brunâtre, exhalant une odeur fétide et repoussante; respiration très-difficile; pouls fréquent; amélioration très-manifeste de l'état mental. (Sangsues sur la poitrine, vésicatoires aux bras.)

Ces symptômes firent des progrès, et le 10 février le malade succomba.

Ouverture du cadavre. — Crâne. Il y avait une assez grande quantité de sérosité épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, et à la base du crâne; il s'en écoulait également du canal rachidien. La faux de la première de ces membranes était tapissée par une production pseudo-membraneuse rougeâtre, dans laquelle on remarquait un grand nombre de vaisseaux capillaires, et qui était assez épaisse et résistante pour pouvoir être disséquée et détachée.

Sur la convexité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde était blanchâtre, opaque, épaissie d'une manière manifeste. La pie-mère était injectée et infiltrée de beaucoup de sérosité, dont l'accumulation, dans quelques anfractuosités, lui donnait un aspect gélatineux; les ventricules cérébraux étaient pleins de sérosité; l'arachnoïde qui tapisse leurs cavités était hérissée de petites granulations à peine sensibles au toucher, épaissie et susceptible d'être séparée de la surface des ventricules.

Les vaisseaux encéphaliques étaient pleins de sang; cerveau très-injecté.

Thorax. Poumon gauche sain; cavité pectorale droite contenant de six à huit onces d'un fluide lactescent; la plèvre costale couverte par une fausse membrane mince, blanchâtre et peu résistante; poumon droit endurci et hépatisé, principalement dans sa partie postérieure, ramolli dans plusieurs points, et laissant suinter par la pression un pus jaunâtre et fétide. Péricarde adhérent dans toute son étendue à la surface du cœur.

Tout était sain dans la *cavité abdominale*.

Réflexions. Cette observation n'a pas besoin de commentaire; elle a, comme la précédente, une grande analogie avec celles de la première série, et n'offre aucun signe qui eût pu faire reconnaître pendant la vie l'existence de la fausse membrane que nous avons rencontrée à l'ouverture du cadavre. Nous verrons en général que dans ces cas il y a une agitation très-violente; mais comme ce symptôme est commun à la plupart des observations, il peut rarement servir à faire diagnostiquer les pro-

ductions pseudo-membraneuses qui se forment sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère.

IIIe. Observation.

Symptômes hypocondriaques, suivis de mélancolie profonde. Huit jours après, monomanie ambitieuse avec agitation. Deux mois après, guérison. Pendant le mois suivant, attaque de congestion. Quatre mois plus tard, manie ambitieuse violente, avec paralysie incomplète; ensuite, prostration morale et physique complète. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane sur toute la face interne de la dure-mère; beaucoup de sérosité entre cette membrane et l'arachnoïde; pie-mère très-rouge, très-infiltrée du même liquide; ventricules distendus.*

François Denis F***, bourrelier, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament nerveux, d'un esprit naturellement faible, d'un caractère craintif et intéressé, éprouvait depuis huit mois des douleurs dans l'estomac, de la dyspepsie, des flatuosités et par fois des vomissemens. Il s'affectait beaucoup de son état, consultait tout le monde, prenait toute sorte de médicamens qui avaient progressivement augmenté ces symptômes gastriques auxquels s'étaient joints quelques mois avant l'invasion de la maladie, tantôt la diarrhée, tantôt la constipation, des maux de tête continuels sans délire, des mouvemens convulsifs des membres supérieurs et l'insomnie. Dès lors il devint morose, sombre et hypocondriaque.

Le 20 janvier 1818, à la suite des craintes que lui inspirent quelques-uns de ses amis, sur les suites et la durée de sa maladie, il tombe dans un état de mélancolie profonde, s'imagine qu'il est condamné à souffrir éternellement, qu'il n'est plus en état de travailler, et que sa famille va mourir de misère. Au bout de huit jours,

changement complet dans son état, monomanie ambitieuse avec agitation. Il est très-riche et veut entreprendre des fournitures pour le gouvernement, etc. Il parle beaucoup et ne dort pas.

Le 19 février, il est conduit à la maison royale de Charenton dans l'état suivant : face maigre et pâle; plainte d'éprouver des douleurs dans toutes les parties du corps, mais surtout dans les membres; idées ambitieuses : il jouit d'une grande fortune, il achètera tous les cuirs de France, etc. Loquacité continuelle, dans laquelle il donne mille explications absurdes sur ce qu'il éprouve et n'écoute point ce qu'on lui dit; changement continuel de place; il conserve assez de mémoire; ses propos ont une certaine suite et sont entièrement relatifs à ses douleurs hypocondriaques; nulle altération de la voix et des fonctions nutritives. (Limonade, lavemens émolliens.)

Après le premier mois de séjour, amélioration très-marquée dans son état physique et moral; digestions plus faciles, agitation diminuée.

Vers la fin de mars, le malade se promène beaucoup dans le jardin; M. Royer-Collard lui prescrit un bain chaud tous les jours. La susceptibilité nerveuse et les douleurs disparaissent peu à peu; le calme et la raison reviennent; et le 17 juin, il rentre dans sa famille ne conservant plus que quelques légères douleurs qui, d'après lui, doivent se dissiper par l'usage des bains froids qu'il a l'intention de prendre pendant l'été.

La joie de retourner dans son pays et de revoir sa famille est si vive qu'il éprouve peu de temps après une attaque de congestion avec perte de la parole, et mouvemens convulsifs des membres; au bout de quelques

jours, ces symptômes se dissipent, à l'exception d'une grande irritabilité pour les causes les plus légères.

Dans le mois d'octobre, retour des symptômes d'hypocondrie, sans cause connue; digestion lente et difficile; borborigmes; douleurs dans diverses parties du corps; sentiment vague de chaleur, de froid, d'engourdissement dans la paume des mains, les pieds, les membres, etc.

Peu de temps après, bouleversement des facultés intellectuelles; incohérence dans les propos et les actions; prédominance d'idées de richesses et de grandeur; agitation générale; loquacité.

Le 15 novembre, il rentre dans la maison de Charenton dans le même état. De plus, face rouge; epistaxis légère qui soulage peu; céphalalgie très-intense; idées ambitieuses jointes à des idées hypocondriaques; loquacité relative aux douleurs qu'il éprouve; explications bizarres et extravagantes, exaltation continuelle; il va et vient sans cesse et ne reste pas un moment à la même place; prononciation gênée; insomnie; bon appétit. Le lendemain, beaucoup d'agitation; langue rouge; pouls fréquent.

Quelques jours après, perte subite de connaissance, insensibilité, immobilité, qui se dissipent après quinze heures environ. (M. le professeur Royer-Collard prescrit quinze sangsues au cou et ensuite une égale quantité à l'anus, une saignée du bras, des sinapismes aux pieds et un lavement purgatif.)

Depuis cette époque jusqu'au mois de décembre, face maigre, couverte de sueur; tête chaude et paraissant le siége de très-vives douleurs; excitation extrême des sens, sur lesquels les objets extérieurs ne font aucune

impression qui soit exactement perçue ; agitation continuelle ; loquacité, cris, vociférations par momens ; usage de la camisole pour l'empêcher de déchirer et de briser tout ce qui lui tombe sous la main ; en même temps démarche difficile et chancelante, voix traînante et altérée ; incohérence complète dans toutes les idées. On est obligé de le tenir couché dans un panier fixé par des liens très-forts. Il meut sans cesse la tête, les mains et les pieds ; la face et les yeux sont agités de mouvemens convulsifs. Il ne fait nulle attention aux questions qu'on lui fait. Il est général d'armée, ministre, roi, possesseur de richesses immenses, de monceaux d'or, etc. Les mots de régiment, bataillon, argent, etc., se succèdent souvent dans sa bouche : insomnie complète. (Tisane d'orge, extrait de jusquiame dans une émulsion, lavemens émolliens.)

Pendant le mois de décembre, diminution légère de l'agitation, face décomposée, affaiblissement des forces, refus des alimens, douleurs du ventre lorsqu'on le presse, dévoiement, refus des alimens, plaintes, accent du désespoir ; il paraît souffrir beaucoup ; il se croit partagé en deux, se figure que le panier dans lequel il est contenu est son tombeau, etc. ; escarres au sacrum.

Le 6 janvier 1819, déglutition difficile, vomissemens bilieux, peau chaude, brûlante, et couverte de sueur ; pouls petit et fréquent ; excrétions involontaires. (Limonade, ensuite tisane d'orge nitrée.)

Le 15, assoupissement profond, sensations extrêmement obtuses ; destruction des facultés intellectuelles, pupilles immobiles, face agitée de convulsions, resserrement spasmodique des mâchoires, paralysie des membres

abdominaux, faiblesse extrême et maigreur. Augmentation de ces symptômes, et le 19, mort.

Ouverture du cadavre. Face maigre, abdomen fluctuant, escarres au sacrum et aux grands trochanters.

Crâne. A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule quatre onces environ de sérosité épanchée entre elle et l'arachnoïde, et facile à sentir, en pressant la première de ces membranes. Il y a trois ou quatre onces du même fluide à la base du crâne. On voit entre les deux feuillets de l'arachnoïde une fausse membrane étendue sur toute la surface du cerveau, beaucoup plus marquée antérieurement que postérieurement, et sur la région supérieure du cerveau qu'à sa base, où elle est à peine apparente. Elle est lâchement adhérente au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, par sa face externe; par l'interne, elle est libre, appliquée sur l'arachnoïde cérébrale et baignée par la sérosité. Il existe des caillots de sang noirâtre, sous forme de plaques, dans les fosses orbitaires, sur les apophyses d'Ingrassias, et sur la fosse latérale moyenne droite de la base du crâne, placés entre la fausse membrane et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Cette fausse membrane est molle, couenneuse, transparente, résistante en quelques endroits, très-fragile en d'autres, et peut être divisée en plusieurs lames.

La surface extérieure de l'arachnoïde cérébrale est parsemée d'une multitude de granulations extrêmement ténues, mais faciles à apercevoir. Cette membrane, peu altérée à la base du cerveau, est blanchâtre, laiteuse et opaque sur sa région supérieure, et principalement vers la partie moyenne de la convexité des hémisphères. Elle est fortement épaissie et très-résistante; elle présente quelque

analogie avec du parchemin ramolli, et est adhérente à elle-même dans la grande scissure. La pie-mère est rouge, très-injectée et infiltrée de beaucoup de sérosité sanguinolente. Les ventricules latéraux sont distendus par la sérosité. L'arachnoïde qui tapisse les quatre cavités intérieures de l'encéphale est épaissie et peut être détachée de leur surface sans se déchirer ; elle est couverte de granulations extrêmement nombreuses et rapprochées, plus apparentes que celles de la surface extérieure de l'arachnoïde cérébrale, et sensibles au toucher.

Le parenchyme encéphalique est très-injecté.

Thorax. Six onces environ de sérosité sanguinolente dans la cavité pectorale gauche. Les poumons sains. Légère quantité de sérosité dans le péricarde, dont la surface présente beaucoup de granulations très-ténues, moins sensibles que celles de l'arachnoïde. L'aorte, depuis son origine jusqu'à sa bifurcation, présente à l'intérieur un aspect inégal et rugueux, dû à de petites plaques cartilagineuses.

Abdomen. Demi-pinte environ d'un fluide brunâtre et fétide épanché dans la cavité abdominale. Toute la surface interne du péritoine, quelles que soient les parties qu'il enveloppe, est recouverte d'une fausse membrane très-mince qu'on ne peut pas détacher de la membrane séreuse. Cette production inflammatoire est parsemée d'une multitude de granulations apparentes, mais d'un très-petit volume et semblables à celles de l'arachnoïde. L'estomac distendu par un fluide verdâtre ; la muqueuse de cet organe offrant une rougeur uniforme, très-foncée ; son tissu inégal, rugueux, fortement épaissi, ayant une dureté cartilagineuse et criant sous l'instrument.

La vessie contenant une petite quantité d'urine sédi-

menteuse; sa face externe très-rouge; ses parois épaisses d'un demi-pouce, noirâtres, gangrénées, confondues avec le tissu cellulaire environnant, qui est plongé dans un fluide brunâtre très-fétide. Les autres organes sains.

Réflexions. L'invasion de l'aliénation mentale, chez le malade dont nous venons de lire l'histoire, avait été précédée d'un état d'hypocondrie qui paraît avoir eu des liaisons intimes avec l'affection cérébrale dont il fut atteint plus tard. Nous voyons, en effet, que cet état n'existait que depuis huit mois; qu'il avait commencé à l'époque du début de la méningite, et qu'après s'être dissipé avec la première attaque d'aliénation, il se renouvela de nouveau quelque temps avant l'invasion de la seconde.

Ce fait paraît favoriser l'opinion de ceux qui placent le siége de l'hypocondrie dans le cerveau; mais en considérant que le malade était atteint d'une gastrite dont l'existence était peut-être très-ancienne, on ne pourra pas accorder une grande confiance à cette conjecture.

Cette observation nous offre deux époques, l'une qui commence à l'invasion de l'aliénation, et se termine à la guérison du malade; l'autre, qui comprend la rechute et la mort. Elle a, comme la plupart de celles que nous avons examinées jusqu'à présent, trois périodes distinctes. Pour éviter des répétitions fastidieuses, nous nous contenterons de dire un mot de la seconde, comparée avec les lésions organiques trouvées après la mort.

Cette seconde époque, dont la durée a été assez longue, était accompagnée d'une agitation excessivement violente et aveugle, d'une sorte d'état convulsif général, symptômes qui indiquaient une irritation très-vive du cerveau. Or, cette irritation a été le résultat inévitable de l'inflammation violente de l'arachnoïde, pendant tout le temps où ses surfaces contiguës se couvraient de granulations et exhalaient autour de la périphérie du cerveau, de l'albumine concrète sous forme de fausse membrane, ou du sang sous forme de caillots.

Nous remarquons dans cette observation la coïncidence d'une péritonite, d'une gastrite et d'une cystite qui, malgré l'intensité des lésions qu'elles ont laissées après la mort, ont été presque entièrement masquées par l'inflammation méningienne. Nous examinerons dans la seconde partie de cet ouvrage les rapports de ces maladies, mais surtout des inflammations séreuses avec la méningite chronique, lorsqu'elles existent simultanément chez le même individu.

IVe. Observation.

Excès de boissons. Délire mélancolique; trois mois après, manie avec prédominance d'idées ambitieuses et paralysie générale et incomplète; quatre mois plus tard, démence, augmentation de la paralysie; un mois après, attaque de congestion; bientôt nouvelle attaque avec mouvemens convulsifs généraux; dès-lors stupidité complète, impossibilité de se soutenir. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane épaisse sur la face interne de la dure-*

mère ; beaucoup de sérosité dans le tissu de la pie-mère, qui est injecté à la base du crâne et dans les ventricules.

Hyppolite Joseph D***, ancien militaire, âgé de trente-huit ans, d'une constitution forte, avait éprouvé beaucoup de fatigues et de privations pendant les dernières campagnes et surtout celle de Moscow. Ses opinions politiques lui avaient attiré des chagrins, et depuis long-temps il se livrait immodérément aux boissons et menait une vie très-déréglée.

En 1815, ses facultés intellectuelles s'affaiblissent, son caractère change d'une manière notable.

Vers le mois de mai 1818, délire mélancolique avec des paroxysmes d'agitation. Il se croit poursuivi par des agens de police, qui cherchent à s'emparer de lui pour le faire fusiller ; il se croit entouré de gendarmes ; il entend crier sa condamnation dans les rues, etc.

Le 15 août 1818, il entre à la Maison royale de Charenton, toujours dominé par des idées tristes ; en outre, intelligence extrêmement affaiblie, perte de mémoire, démarche chancelante, langue embarrassée. Dix jours après environ, délire ambitieux ; il est roi d'Espagne et de Milan, demande ses habits royaux et veut monter dans la voiture attelée de six chevaux blancs, qui l'attend à la porte, etc. Agitation excessive et violente par momens, spasmes de la face. Dans le mois de septembre, il veut habiter une maison d'or, ses mulets sont couverts de diamans, il est très-heureux et se porte parfaitement bien. Son appétit est insatiable.

Même état jusqu'au mois de janvier 1819. A cette époque, idées ambitieuses plus incohérentes et plus éten-

dues ; les mots de roi, empereur, millions, régimens, femmes, etc., sont sans cesse dans sa bouche ; agitation légèrement diminuée, paralysie incomplète plus avancée, parole tremblante, embarrassée, prononciation lente et difficile, progression impossible, jambes qui fléchissent sous lui, excrétions involontaires, air de contentement et de satisfaction, état de maigreur quoiqu'il mange beaucoup.

Le 16 février, mouvement subit dans les yeux, qui tournent convulsivement dans les orbites ; perte de la parole et des mouvemens volontaires ; il reste quelques signes de connaissance ; plaies profondes et gangréneuses sur les parties saillantes du corps.

Le 22, retour incomplet à son état habituel, regard abattu et inexpressif ; il ne parle point à moins qu'on ne l'interroge ; alors il fait entendre une voix traînante à peine articulée et très-peu sonore ; réponses qui n'ont aucun rapport avec les questions qu'on lui fait ; idées très-bornées ; même délire ambitieux, mais sans la moindre cohérence. Il meut à peine ses membres et ne peut plus marcher.

Le 28, nouvelle augmentation de la congestion cérébrale, semblable à celle du 16, suivie de spasmes de la face et des mâchoires, qui produisent des grincemens de dents et des mouvemens convulsifs des membres extrêmement violens, au milieu desquels le doigt indicateur de la main gauche se trouvant porté dans la bouche, l'ongle et les chairs environnantes de ce doigt sont arrachés, sans que le malade manifeste le moindre signe de douleur.

Au milieu de cette agitation involontaire du système musculaire, face profondément décomposée, yeux ouverts et éteints, nul signe de perception, écoulement

par la bouche d'une assez grande quantité de sang rouge. Deux jours après retour de la connaissance, cessation des convulsions.

Le 17 mars, paralysie plus complète, impossibilité de se tenir debout ou assis, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, stupidité.

Le 18, face très-pâle et déformée, yeux agités dans leurs orbites et ne laissant apercevoir que la couleur blanche de la sclérotique; convulsions très-fortes de la tête, des mâchoires et des membres, auxquelles succède une roideur générale, cris automatiques et spasmodiques de temps en temps; le soir de ce jour, mort.

Ouverture du cadavre.—Habitude extérieure. État de marasme, tension du ventre, escarres au sacrum, à la partie inférieure du dos et aux coudes, plaie à l'indicateur de la main gauche.

Crâne. A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule un peu de sérosité épanchée entre le feuillet arachnoïdien de cette membrane et l'arachnoïde cérébrale. On voit, entre ces deux feuillets, une fausse membrane qui recouvre toute la surface de l'encéphale, le cervelet excepté. Sa face externe, inégale à quelques endroits, d'un aspect rougeâtre, est en contact avec le feuillet arachnoïdien de la dure-mère, à laquelle elle est faiblement attachée par des liens celluleux. Sa face interne lisse, d'une couleur également rougeâtre, sans adhérence, est appliquée sur l'arachnoïde cérébrale; son épaisseur varie: elle égale celle de la dure-mère sur la voûte du crâne et les fosses occipitales, et diminue sur les fosses moyennes de la base du crâne, où elle présente la ténuité de l'arachnoïde; elle est de trois quarts de ligne sur les fosses orbitaires, l'apophyse *crista galli* et les deux gouttières

latérales. Sa résistance est en rapport direct avec son épaisseur ; sa couleur rougeâtre offre çà et là une teinte jaunâtre et quelques plaques noirâtres. Son tissu n'est point uniforme : les parties les plus épaisses sont formées de lames superposées très-adhérentes, entre lesquelles on voit de petits caillots de sang. L'arachnoïde cérébrale présente à l'extérieur quelques points opaques et blanchâtres; elle est considérablement épaissie, d'une très-grande résistance, et se sépare facilement de toute la surface cérébrale. La pie-mère, rouge et injectée, est infiltrée de beaucoup de sérosité qui s'écoule de toute part, en enlevant cette membrane, et paraît avoir ramolli la couche la plus superficielle de la substance corticale ; altérations qui sont beaucoup moins marquées à la base du cerveau que sur sa région supérieure. Il y a cinq onces environ de sérosité à la base du crâne; les ventricules latéraux en sont pleins. La portion d'arachnoïde qui les tapisse est épaissie d'une manière très-marquée et parsemée d'une foule de granulations très-ténues, perceptibles seulement à l'œil. Tout est sain au cervelet. La substance cérébrale est ferme.

Thorax. Le poumon droit sain ; le gauche, sain antérieurement, hépatisé à sa partie postérieure. Cinq onces environ de sérosité sanguinolente dans chaque côté de la poitrine. La surface extérieure du cœur offre quelques points blanchâtres et opaques ; le tissu cellulaire qui unit le péricarde à cet organe est légèrement infiltré de sérosité.

Abdomen. L'estomac présente une couleur brunâtre et ardoisée dans sa portion pylorique La vésicule du fiel est retirée sur elle-même et très-étroite. Les autres organes sont sains.

Réflexions. Pour éviter des répétitions fastidieuses, nous passerons sous silence toutes les parties de cette observation relatives à l'invasion de la maladie, au délire ambitieux et à ses conditions organiques, à la paralysie et à ses causes, etc. Nous nous attacherons uniquement à l'examen de la fausse membrane et de ses effets chez le malade dont on vient de lire l'histoire.

Dans l'observation précédente, nous avons vu cette production albumineuse, accompagnée d'une agitation très-vive. Ici ce symptôme a existé pendant un temps, et il a été remplacé plus tard par des attaques apoplectiformes et par des mouvemens convulsifs extrêmement violens. Ces derniers symptômes rapprochent cette observation de celles de la troisième série; cependant l'ouverture du cadavre ne nous a point montré l'adhérence des méninges au cerveau que nous avons trouvée dans toutes ces observations; mais l'étendue et l'épaisseur de la fausse membrane qui existait dans la cavité de l'arachnoïde et l'état de mollesse de la couche la plus superficielle de la substance grise, signes anatomiques évidens d'une irritation très-violente du cerveau, sont suffisans pour expliquer l'agitation spasmodique des membres.

La structure de cette exsudation, qui était composée de lames superposées, entremêlées de plaques noires et de caillots de sang, nous indique que l'exhalation de ce dernier liquide et de l'albumine n'avait pas été continue et s'était faite à divers

intervalles plus ou moins éloignés. C'est elle qui donnait lieu aux symptômes apoplectiformes, et bientôt après aux mouvemens convulsifs, par l'irritation violente de l'arachnoïde et par conséquent du cerveau, qui l'accompagnait nécessairement.

Ve. Observation.

Point de renseignemens sur les causes et la première période de la maladie. Ensuite, monomanie ambitieuse, avec une grande exaltation des facultés. Six ans après, démence, paralysie générale et incomplète commençante, qui augmente rapidement. Deux ans plus tard, stupidité complète, impossibilité de marcher et de se soutenir. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde; pie-mère très-injectée et infiltrée de sérosité; ventricules distendus par ce fluide.*

M. Alexandre-Marie Q***, ancien contrôleur des contributions, âgé de cinquante-cinq ans, fut conduit à l'hospice de Charenton, le 24 mai 1810. On ne put obtenir des renseignemens précis sur son état antérieur. On apprit seulement que le malade était d'un caractère ambitieux et orgueilleux, qu'il donnait depuis long-temps des marques d'aliénation, et qu'il avait dépensé une partie de sa fortune à faire imprimer différens écrits qu'il regardait comme des chefs-d'œuvre.

A l'époque de son entrée à Charenton, il était dans un délire ambitieux, avec une exaltation extraordinaire des facultés intellectuelles. Il se croyait un homme très-important, un grand personnage, et quelquefois Dieu même. Son imagination était dans une activité continuelle; il faisait des discours, des chansons, des hymnes, des poëmes, etc. Toutes ces productions étaient sans

suite ; mais on y remarquait souvent des rapprochemens très-piquans, des idées bizarres et risibles, et des citations qui indiquaient une grande mémoire. Le malade était surtout dominé par des idées religieuses ; il dessinait ou peignait sur les murs des emblèmes de tous les cultes, qu'il confondait ensemble, et y écrivait des vers mystiques, auxquels il était tout-à-fait impossible de rien comprendre. Il parlait beaucoup de tous les objets qui l'occupaient sans cesse, mais surtout des projets gigantesques auxquels il se livrait. Il n'était jamais furieux, et ses idées conservaient toujours une certaine cohérence.

M. Q*** resta six ans environ dans cet état ; mais plus tard l'exaltation diminua, les facultés s'affaiblirent et les mouvemens commencèrent à être moins libres.

En 1817, il tomba dans un état de démence. Ses idées étaient très-bornées, sa prononciation et sa démarche étaient embarrassées.

Au commencement de 1819, il répondait lentement et par monosyllabes aux questions qu'on lui faisait ; quelquefois il commençait une phrase, mais il s'arrêtait bientôt sans pouvoir l'achever ; la mémoire était entièrement oblitérée, il avait oublié tout état antérieur ; il ne parlait que lorsqu'on l'interrogeait, et ne paraissait dominé par aucune idée ; mais il avait l'air du contentement, et disait toujours qu'il allait très-bien. Il marchait en traînant les jambes, et se soutenait à peine ; la prononciation était très-gênée et la parole confuse ; tous les mouvemens étaient lents et difficiles, quelquefois convulsifs ; les déjections étaient involontaires. (Blouse, fauteuil en forme de chaise percée, sur lequel il est attaché) L'appétit était vorace ; il y avait beaucoup d'embonpoint.

Cet état augmenta graduellement, et vers le milieu de l'année, le malade tomba dans une imbécillité complète. Face pleine et stupide, point de réponse aux questions qu'on lui fait, oblitération complète des facultés, impossibilité de marcher et de se soutenir sur ses jambes, faim dévorante, embonpoint.

Au commencement de janvier, dévoiement, une escarre au sacrum, et deux autres sur le grand trochanter; affaiblissement graduel; le 7 février, mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Trois escarres sur les parties indiquées; foyer purulent dans la partie moyenne du muscle grand pectoral droit et dans les articulations scapulo-humérale et iléo-fémorale gauches.

Crâne. La dure-mère était adhérente d'une manière intense à quelques points des parois du crâne; une assez grande quantité de sérosité était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, de même qu'à la base du crâne; il en sortait également du canal rachidien. La face interne de la dure-mère était tapissée, dans la fosse occipitale supérieure gauche, d'une fausse membrane d'un brun-rougeâtre, ayant l'aspect d'un caillot de sang aminci et aplati; sa surface externe était lâchement adhérente à la dure-mère; sa surface interne était lisse, et présentait quelques légères granulations, à peine perceptibles à la vue. Cette production membraneuse avait à peu près l'épaisseur de la dure-mère vers sa partie moyenne; mais elle était très-mince vers le sinus latéral, et disparaissait au-delà de la fosse occipitale supérieure gauche. Sa consistance était peu considérable; cependant on la séparait facilement de la dure-mère sans la rompre. La surface

interne de la dure-mère était injectée dans toute son étendue.

Sur la convéxité et la face interne des hémisphères, l'arachnoïde cérébrale offrait çà et là des plaques blanchâtres et d'autres d'un rouge foncé. Elle était épaissie, beaucoup plus résistante que dans l'état naturel, et adhérente à plusieurs points de la surface du cerveau.

La pie-mère était rouge, fortement injectée et infiltrée de beaucoup de sérosité, qui, en la détachant, tombait dans les anfractuosités. Les quatre ventricules étaient distendus par la sérosité; leur membrane était épaissie. L'arachnoïde du cervelet était saine.

Thorax. Poumons sains; cœur très-flasque; un peu de sérosité dans chaque cavité pectorale.

Abdomen. Tout était sain dans cette cavité.

Réflexions. Cette observation offre une analogie frappante avec celles de la deuxième série, tant sous le rapport des lésions des méninges que sous celui des symptômes de la maladie.

La première période, ou période de monomanie, a été très-longue; la seconde, ou celle de manie, a manqué totalement, à moins que les renseignemens qu'on nous a donnés sur le malade n'aient pas été exacts; mais la troisième a parcouru régulièrement sa marche et a présenté tous les symptômes de la dégradation morale, depuis l'affaiblissement des facultés, la perte de la mémoire, et l'embarras de la prononciation et de la démarche, jusqu'à l'état le plus complet de stupidité, avec

oblitérations totales des idées, et impossibilité de marcher et de se soutenir.

Ces symptômes indiquaient une compression considérable du cerveau, et l'autopsie nous a montré, comme dans les observations de la deuxième série, et en particulier comme les deux dernières de la quatrième, beaucoup de sérosité épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, et une quantité beaucoup plus grande infiltrée dans la pie-mère, ou accumulée dans les ventricules.

À quels symptômes aurait-on pu reconnaître pendant la vie la fausse membrane que nous a présenté l'examen du cerveau? Aucun n'était capable d'en faire soupçonner l'existence, car il n'y a pas même eu, comme dans les deux observations précédentes, de symptôme violent qui indiquât une irritation très-vive du cerveau. Il est probable que l'exhalation d'albumine qui a donné lieu à cette production membraneuse se sera faite lentement, sans augmentation de l'inflammation méningienne, ou qu'elle aura eu lieu à une époque où la sérosité était déjà très-abondante et le cerveau trop comprimé pour réagir sans l'influence d'une irritation même assez vive. Cette compression du cerveau a donné lieu ici, comme dans beaucoup d'autres cas que nous avons déjà vus, à un affaiblissement général de la sensibilité; et c'est cette dernière altération qui a sans doute puissamment favorisé la formation des escarres gangréneuses du sacrum et du trochanter.

VIe. Observation.

Point de renseignemens sur les causes et les premières périodes de la maladie Plus tard, état de stupidité ; tremblemens ; paralysie générale et incomplète très-considérable ; déjections involontaires. *Méningite chronique des hémisphères ; fausse membrane épaisse sur la surface interne de la dure-mère ; méninges adhérentes au cerveau ; pie-mère infiltrée de sérosité ; ventricules distendus par ce fluide.*

François Tournaire, soldat vétéran, âgé de quarante-six ans, entra le 28 mars 1817 à la Maison royale de Charenton, sans qu'on pût obtenir aucun renseignement sur ce qui avait précédé.

En 1818, où j'ai pu l'observer, il était dans un état de démence semi-paralytique, et ne comprenait aucune des questions qu'on lui faisait, quelle que fût leur simplicité.

Lorsqu'on lui parlait, sa figure ayant habituellement un air stupide, offrait un sourire niais et insignifiant. En même temps, il s'inclinait et faisait quelques gestes de soumission ; il prononçait d'une manière très-confuse et à peine intelligible quelques mots incohérens, qui étaient le plus souvent ceux-ci : *Caporal, soldat, mon général*, etc. Sa démarche était très-chancelante ; il faisait des chutes fréquentes, marchait en traînant les jambes, et le tronc penché tantôt en avant, tantôt à droite ou à gauche. Il laissait échapper involontairement ses excrétions et ses urines. Ses membres étaient agités de tremblemens presque continuels, mais assez légers.

Quoiqu'il mangeât avec beaucoup d'avidité, cependant l'altération de l'intelligence était si considérable qu'on était obligé de lui mettre les alimens dans la bou-

che pour le nourrir. Il était toujours très-calme et errait habituellement dans les cours et le jardin de son quartier.

Pendant un an, Tournaire resta à peu près dans le même état. Au commencement de 1819, ses mouvemens devinrent plus difficiles. Le malade se soutenait à peine; son tronc était fortement penché d'un côté.

Le 17 janvier, il perdit tout-à-coup l'usage du sentiment et du mouvement volontaire. M. Royer-Collard lui ordonna, mais inutilement, un lavement purgatif et des sinapismes. Il succomba le 18.

Ouverture du cadavre.—État extérieur. Le cadavre avait un embonpoint musculaire très-prononcé.

Tête. Le crâne était aplati à sa partie supérieure et très-arrondi en arrière. Il y avait une petite quantité de sérosité épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

La dure-mère était couverte d'une fausse membrane qui présentait la disposition suivante : son épaisseur était très-considérable à droite; au-dessus des fosses orbitaires du frontal, à la partie supérieure de la fosse latérale moyenne de la base du crâne, dans les fosses occipitales, elle avait une ligne et demie d'épaisseur et même deux lignes dans quelques points; à mesure qu'on s'approchait du côté gauche, l'épaisseur de cette membrane allait en diminuant, et pouvait être d'une demi-ligne dans quelques endroits; mais dans la plus grande partie de ce côté, elle était très-peu considérable. Dans ces points, cette production membraneuse se déchirait avec la plus grande facilité, mais dans d'autres, elle était dure, avait un aspect cartilagineux et offrait une grande résistance.

La surface interne de cette membrane était lisse, lu-

bréfiée par la sérosité et d'une couleur d'un brun rougeâtre. Elle offrait, au milieu de la fosse latérale moyenne gauche de la base du crâne, une plaque arrondie, noirâtre, ayant à peu près le diamètre d'une pièce de trente sols. A droite, elle présentait des points noirâtres beaucoup plus étendus. La surface externe de la fausse membrane était très-peu adhérente à la dure-mère dans tous les endroits où l'épaississement était considérable. Sur tout le côté gauche et sur la fosse latérale droite, elle était unie d'une manière assez intime à cette membrane, dont on pouvait cependant la séparer facilement. Sur les fosses occipitales droites, une portion de la fausse membrane était séparée de la dure-mère, dans l'étendue de trois pouces de long environ sur un de large, et formait une sorte de canal sinueux irrégulier et sans issue, rempli par un sang noir et fluide. La surface de cette cavité était recouverte de plusieurs caillots de fibrine.

Sur les hémisphères, la surface extérieure de l'arachnoïde cérébrale était opaque et blanchâtre dans ses trois quarts antérieurs; elle offrait quelques points diaphanes qui laissaient apercevoir au-dessous la sérosité infiltrée dans la pie-mère. Sa surface interne était inégale et adhérente, conjointement avec la pie-mère, à toute la surface du cerveau, dont il était impossible de l'enlever sans emporter des portions de la substance de cet organe. L'arachnoïde cérébrale était si épaissie qu'on pouvait suspendre la masse cérébrale à un lambeau de cette membrane sans qu'il se déchirât. Il fallait des efforts assez considérables pour la briser. La pie-mère était infiltrée de beaucoup de sérosité.

Les ventricules latéraux étaient distendus par la sérosité qui en avait augmenté la capacité. La membrane qui

tapisse ces cavités, ainsi que le ventricule moyen et le quatrième ventricule, était épaissie et couverte de granulations qui en rendaient le toucher rugueux et inégal.

Le cerveau était injecté, mais parfaitement sain.

La poitrine et le ventre ne furent pas ouverts.

Réflexions. Il est à regretter que nous n'ayons eu aucun renseignement sur les antécédens de cette observation, ni sur ses premières périodes. Ils auraient servi à nous éclairer sur les causes de la maladie et nous auraient sans doute présenté les symptômes que nous avons regardés dans les observations de la troisième série comme les effets d'une inflammation consécutive de la substance grise du cerveau, altération qui, dans le fait qu'on vient de lire, se manifestait par une adhérence générale des méninges au cerveau.

Cependant, quoique nous n'ayons observé le malade qui en fait le sujet que dans la dernière période, nous avons noté un phénomène que nous sommes très-porté à regarder comme le reliquat de cette adhérence; je veux parler des tremblemens continuels dont Tournaire était atteint.

Cette observation ne nous présente aucun symptôme qu'on puisse rapporter à la fausse membrane qui existait dans la cavité de l'arachnoïde. Le malade était dans un état de stupidité et de paralysie générale qu'expliquent suffisamment l'épanchement de sang autour du cerveau et la distension des ventricules par la sérosité.

Mais la disposition de la fausse membrane mérite de nous arrêter un moment. L'épaisseur de cette exsudation, qui allait jusqu'à deux lignes dans certains endroits, sa couleur noirâtre dans différens points, sa densité et son aspect cartilagineux dans d'autres; tout indique que son existence était fort ancienne et remontait au-delà de l'époque où nous avons pu observer le malade. La nature de ce produit, qui était composé d'albumine concrète entremêlée de sang, et l'épanchement de ce dernier liquide, qui était placé entre la fausse membrane et la dure-mère, nous prouvent que l'inflammation du feuillet arachnoïdien, qui avait donné lieu à l'exhalation de ces fluides organiques, avait dû éprouver des modifications variées dans son cours.

VIIe. Observation.

Point de renseignemens sur les causes et les premières périodes de la maladie. Ensuite, stupidité complète, aphonie habituelle; impossibilité de marcher et de se soutenir. *Méningite chronique des hémisphères; fausse membrane sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère, qui est injecté; beaucoup de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde; ventricules distendus par ce fluide.*

Joseph N***, âgé de 29 ans, ancien employé des postes, fut conduit, sans renseignemens, à la maison royale de Charenton, le 13 mai 1815. A cette époque, il était dans un état de stupidité complète.

En 1818, où je commençai à l'observer, il était dans l'état suivant:

Son extérieur, sa figure, son attitude, annonçaient le

dernier degré de la dégradation morale. Il passait sa vie sans faire le moindre mouvement, assis sur un fauteuil, le tronc incliné en avant, la tête penchée sur la poitrine, les membres appuyés sur les genoux ou pendans sur les parties latérales du corps, la figure aussi immobile que si elle avait été de marbre.

Lorsqu'on lui faisait des questions, on n'en obtenait jamais une réponse articulée; mais, toutes les fois qu'on lui parlait à haute voix, il poussait un cri confus, qui était toujours le même. L'anéantissement des facultés était si profond, qu'il ne conservait pas même les idées relatives à ses premiers besoins. On était obligé de présenter à sa bouche les alimens, qu'il saisissait par une sorte d'instinct automatique. Il était dans une immobilité et un silence continuels. Lorsqu'on le faisait lever, on voyait qu'il se soutenait avec beaucoup de peine sur ses jambes. Il mangeait avec avidité, et était dans un état d'obésité considérable.

N*** resta dans cet état jusque vers la fin de 1819.

Au commencement de décembre de cette année, il fut pris d'un dévoiement assez considérable.

Le 23, il survint des convulsions, la respiration s'embarrassa, et la mort arriva le même jour.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Embonpoint graisseux considérable; plaies suppurantes et légère infiltration des pieds et des jambes; escarre au sacrum.

Crâne. La surface interne de la calotte du crâne présentait une injection très-considérable des vaisseaux capillaires. A l'ouverture de la dure-mère, il s'échappa avec force un jet de sérosité, renfermée entre la dure-

mère et l'arachnoïde. La surface interne de la première de ces membranes offrait une injection générale; elle était tapissée par une fausse membrane mince, transparente, de l'épaisseur et de la consistance de l'arachnoïde, très-facile à apercevoir et à séparer sur toute la portion gauche de la dure-mère, moins marquée et moins épaisse sur la portion droite, dont quelques points en étaient dépourvus. On voyait, dans la fosse occipitale supérieure gauche, un caillot de sang aplati, assez épais, qui occupait toute cette cavité et était placé entre la dure-mère et la fausse membrane, qu'on soulevait sans peine.

La base du crâne contenait beaucoup de sérosité, dont il était difficile d'apprécier la quantité; il s'en écoulait aussi du canal vertébral.

L'arachnoïde, vue à l'extérieur, était injectée et rouge, et offrait un grand nombre de points blanchâtres et opaques. Sur la convexité et la face interne des hémisphères, elle était très-consistante, très-épaissie et assez résistante pour supporter le poids de l'encéphale, lorsqu'on en détachait en partie un lambeau, et qu'on s'en servait pour soulever cet organe. Sa face interne était adhérente, en beaucoup d'endroits, à la substance cérébrale, dont on enlevait des fragmens en séparant la membrane. Ces adhérences étaient plus marquées à gauche qu'à droite. La pie-mère était rouge et injectée.

Les ventricules latéraux, énormément distendus par une sérosité limpide, avaient une capacité beaucoup plus considérable que dans l'état naturel. L'arachnoïde, qui tapisse ces cavités ainsi que le troisième et le quatrième ventricule, était parsemée d'une foule de granulations

très-rapprochées les unes des autres, sensibles à la vue et au toucher, et avait acquis une épaisseur telle, qu'on pouvait facilement la séparer de la surface des ventricules.

La pulpe cérébrale était consistante et injectée.

Thorax. Tous les organes renfermés dans cette cavité étaient parfaitement sains.

Abdomen. L'estomac avait à peine le quart de son volume ordinaire ; tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. Cette observation ressemble tellement à celle qui précède, que toute réflexion nous paraît inutile.

VIIIe. Observation.

Prédisposition héréditaire. Monomanie ambitieuse, avec embarras de la langue. Trois mois après, démence semi-paralytique, déjections involontaires. Plus tard, stupidité complète, grincemens continuels et très-bruyans des dents. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules ; fausse membrane arachniforme sur la surface gauche de la faux de la dure-mère ; quelques adhérences des méninges au cerveau ; pie-mère injectée de même que la substance grise.*

M. Jean-Pierre T***, ancien employé du Ministère de la marine, âgé de 42 ans, d'un caractère gai, avait fait beaucoup d'excès vénériens. Sa mère mourut dans un état d'aliénation, dont elle fut atteinte étant en couche de lui.

Dans le mois d'août 1820, M. T*** perdit sa place, qui était sa principale ressource, ce qui fut cause d'un

chagrin très-vif; et comme à cette époque il était sur le point de se marier, il continua à sortir de chez lui et à y rentrer aux mêmes heures qu'auparavant, afin de faire croire qu'il allait toujours à son bureau.

En janvier 1821, il commença à délirer par moment; il parlait beaucoup de chevaux, et ne voulait plus de souliers, ni de chapeaux noirs. Quatre mois après, il éprouva une constipation qui dura huit jours, au bout desquels il fut pris d'un délire général, dans lequel il ne reconnaissait personne, pas même sa femme; il parlait beaucoup, mais avec un léger embarras de la langue, et était dominé par des idées ambitieuses. Il se croyait très-riche; il avait une écurie superbe, remplie de chevaux magnifiques, dont il devait faire cadeau à ses amis, etc. Cet état dura trois mois environ, et fut remplacé par une démence qui s'établit graduellement.

Depuis le mois de janvier 1822 jusqu'au mois de mars, incohérence complète dans les idées, tantôt taciturnité, tantôt babil sourd et à voix basse; momens très-fugitifs, où il sent qu'il n'a pas la tête à lui; démarche chancelante, qui l'expose à des chutes fréquentes; déjections involontaires; sommeil très-court; appétit vorace.

Le 21 mars, entrée à la Maison royale de Charenton.

Le 31, il est dans l'état suivant : Face pleine et rouge, stupidité complète, taciturnité, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, nul signe de compréhension, lors même qu'on lui parle à très-haute voix ou qu'on crie dans ses oreilles; augmentation de la paralysie incomplète. (Blouse.) Contraction spasmodique continuelle des masséters et des temporaux; grincement des dents.

Le 10 mai, face sans expression, terreuse et couverte d'un enduit brunâtre, yeux chassieux, grincemens continuels et très-bruyans des dents; paralysie accompagnée d'un état de rigidité. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui fait; mais il prononce sans cesse les mots : *une glace, une belle glace.* Faim dévorante.

Augmentation graduelle et lente des symptômes spasmodiques et de la paralysie pendant les cinq mois suivans; formation de plusieurs escarres; affaiblissement.

Le 10 octobre, dévoiement.

Le 13, mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Trois escarres, dont une au sacrum, une près de l'épine du dos, et la troisième, qui est aussi large que deux fois la paume de la main, située derrière la poitrine, du côté gauche.

Crâne. La dure-mère est adhérente au crâne dans une assez grande étendue; il y a deux onces environ de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La face gauche de la faux du cerveau présente, dans sa moitié postérieure, une fausse membrane très-légère, arachniforme, rougeâtre, molle et pulpeuse, qui s'étend un peu sur la face interne de la dure-mère, se déchire avec la plus grande facilité et s'enlève avec la pointe du bistouri. La face interne de cette dernière membrane est injectée, mais principalement du côté gauche.

L'arachnoïde cérébrale est sensiblement épaissie sur la région supérieure du cerveau, d'une manière plus marquée sur la convexité de l'hémisphère gauche que sur celle du droit; elle est adhérente conjointement avec la pie-mère à la substance grise, dans l'étendue de deux ou trois pouces vers la partie antérieure et supérieure de

l'hémisphère gauche. Une couche de cette substance reste unie à la face interne de cette membrane, lorsqu'on l'a détachée. Sur l'hémisphère droit, elle présente aussi quelques adhérences, mais beaucoup moins étendues. A la base du cerveau, l'arachnoïde a sa transparence et sa ténuité naturelle.

La pie-mère est rouge et fortement injectée sur toute la surface du cerveau; mais elle l'est d'autant plus que l'arachnoïde, qui la recouvre, est plus épaissie, et *vice versâ*. Lorsqu'on la détache de la convexité des hémisphères, elle paraît en quelque sorte infiltrée de sang. Les circonvolutions et les anfractuosités d'où on l'a enlevée, sont très-injectées; mais les parties de la substance grise, où existent les adhérences, le sont bien plus que toutes les autres, et laissent suinter des gouttelettes de sang. Le cerveau est très-injecté. Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité; leur membrane séreuse, ainsi que celle des deux autres ventricules, est couverte d'une multitude de granulations très-ténues, qui en rendent le toucher rugueux et chagriné; elle est tellement épaissie, qu'on la sépare très-facilement, sans la déchirer de la surface qu'elle recouvre.

Thorax. Cœur très-volumineux et hypertrophié. La cavité du ventricule gauche plus vaste que celle du droit; ses parois, ainsi que la cloison, ayant près d'un pouce d'épaisseur dans tous les sens. Poumons gorgés de sang.

Abdomen. Estomac offrant dans toute son étendue une rougeur assez vive et uniforme, plus intense dans la moitié pylorique que dans la cardiaque; sa membrane muqueuse épaissie d'une manière très-sensible. Intestins grêles sains. Le cœcum présentant une rougeur assez marquée, qui va en diminuant, et disparaît vers l'origine

du colon. La rate rouge, très-fragile, très-volumineuse, pesant au moins une livre.

Réflexions. Nous voyons dans ce fait la plupart des symptômes et des lésions propres à chacune des séries précédentes : d'abord les phénomènes ordinaires de la méningite chronique, tels que nous les a présentés la première série; ensuite cet état de stupidité que nous avons principalement remarqué dans la seconde; en troisième lieu, des symptômes spasmodiques consistant en une rigidité des membres et des masséters et en des grincemens très-violens des dents, symptômes accompagnés de plusieurs adhérences des méninges au cerveau, comme nous avons eu lieu de l'observer dans la troisième série. Il nous offre enfin le caractère anatomique qui nous a servi à réunir en groupe les observations qui composent la quatrième série, c'est-à-dire une fausse membrane dans la cavité de l'arachnoïde. Mais ici, comme dans les autres faits de la même série, aucun symptôme n'aurait pu faire reconnaître cette altération pendant la vie.

Un point que nous ne devons point passer sous silence, c'est que dans la plupart des observations précédentes qui nous ont présenté un état de stupidité, la compression du cerveau qui lui avait donné lieu, avait pour cause une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules, tandis qu'ici elle était le résultat d'une congestion sanguine

très-forte dans les vaisseaux des méninges et du cerveau. On pouvait jusqu'à un certain point reconnaître cette circonstance aux symptômes spasmodiques, qui ont été très-violens jusqu'à la mort, symptômes qui indiquent toujours une irritation inflammatoire très-vive de la substance grise, et qui, en général, sont peu marqués, ou même n'existent pas lorsque la compression séreuse devient très-considérable. De plus, dans l'observation que nous analysons, la paralysie était beaucoup moins forte que dans celles qui précèdent.

IXe. Observation.

Point de renseignemens sur les causes et les premières périodes de la maladie. Plus tard, démence semi-paralytique, avec idées ambitieuses dominantes. Six mois après, stupidité complète, grincemens continuels des dents; flexion spasmodique et tétanique des membres inférieurs. *Méningite chronique de la convexité des hémisphères et des ventricules; fausse membrane très-molle sur la face interne de la dure-mère à gauche; plusieurs adhérences des méninges au cerveau; pie-mère rouge et infiltrée de sérosité; six onces de ce fluide à la base du crâne et cinq dans les ventricules.*

Cominge, militaire, âgé de quarante ans environ, entra sans renseignemens à la Maison de Charenton, le 8 août 1822. A cette époque, il était dans un état de démence semi-paralytique, avec prédominance d'idées ambitieuses.

Quelque temps après son entrée, il pouvait à peine se soutenir sur ses jambes, et parlait avec la plus grande peine. Ses déjections étaient involontaires; on lui ôta ses habits et on lui mit la blouse.

Vers le milieu de décembre, il devint agité par mo-

mens. Il criait presque toute la nuit. Il lui survint une escarre profonde à un talon, qui augmenta assez rapidement, et qui, à la fin du mois, avait trois travers de doigt. Au commencement de janvier 1823 il s'en forma une nouvelle au dos.

Vers le milieu du mois, il est dans l'état suivant: Maigreur générale, plaie profonde à un des pieds, escarres à l'autre pied, au sacrum et à l'épaule. Couleur terne de la face, yeux égarés et sans expression; sensibilité générale considérablement diminuée; il faut lui pincer fortement les jambes pour qu'il le sente. Il est dans une stupidité complète et ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. Cependant, quand on lui demande à haute voix comment il se porte, il répond, *bien*, mais en faisant de grands efforts. Il paraît ne conserver aucune espèce d'idée.

Tout l'appareil musculaire est dans une agitation continuelle. Il grince sans cesse des dents et avec une très-grande force. Les jambes sont roides et fléchies spasmodiquement sur les cuisses, à angle droit. Le malade ne peut les étendre, ni les fléchir davantage, ou s'en servir d'aucune manière; et lorsqu'on fait quelque effort pour faire cesser cette rigidité, on provoque des douleurs très-vives, à en juger par les cris qu'il fait entendre. Les membres supérieurs sont moins paralysés; lorsqu'on demande la main au malade, il la donne, mais très-lentement. Calme habituel dans le jour; dans la nuit, cris et mots articulés d'une manière confuse, écoulement involontaire des urines et des excrémens. On le laisse attaché sur un fauteuil en forme de chaise percée.

Le 22 janvier, la roideur spasmodique est augmentée

et générale. L'œsophage y participe, ce qui rend la déglutition des solides impossible et oblige de le nourrir avec quelques potages très-liquides; les grincemens de dents sont extrêmement violens.

Le 27, la tête est très-roide, mais un peu moins que les membres.

Le 6 février, augmentation de tous les symptômes.

Le 7, mort.

Autopsie cadavérique. — État extérieur. Maigreur générale, contraction des membres, qui sont fléchis et roides; escarres au sacrum, à la partie inférieure d'une des omoplates, au grand trochanter d'un côté, à un genou et à un talon; cette dernière est extrêmement étendue et pénètre jusqu'au calcaneum; l'escarre est tombée en partie et a fait place à une plaie très-profonde.

Crâne. Crâne très-épais et dur; ses couches externe et interne très-compactes, ayant presque une apparence éburnée. Demi-once environ de sérosité épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde, sur les hémisphères cérébraux. Six onces à peu près du même fluide à la base du crâne. La dure-mère, qui enveloppe la moitié gauche du cerveau, est recouverte, sur sa face interne, d'une fausse membrane rougeâtre, très-molle, un peu plus épaisse que l'arachnoïde, se prolongeant jusqu'auprès de la fosse temporale interne; dans cet endroit, on peut la détacher du feuillet arachnoïdien. Un peu plus loin, elle a l'apparence d'une toile d'araignée et est bien transparente, mais rouge; elle est très-fragile dans tous les endroits; sur toute la convexité de l'hémisphère elle n'a point de cohésion; elle consiste dans une très-légère couche d'albumine rougeâtre, non encore organisée, qu'on

enlève en râclant la dure-mère avec un scalpel. Sous cette couche albumineuse le feuillet arachnoïdien est très-injecté.

L'arachnoïde cérébrale, vue sur sa surface externe et sur toute la convexité des hémisphères, est grisâtre et opaque, beaucoup plus à la partie moyenne de cette face que partout ailleurs ; dans cet endroit elle présente des granulations très-légères. Dans toute cette étendue l'arachnoïde est très-épaissie, très-résistante, et s'enlève très-facilement ; mais à mesure qu'on approche de la base du cerveau, l'épaississement diminue, de manière que la membrane se déchire alors en l'enlevant, tandis que sur la partie supérieure de la face externe de l'hémisphère elle est presque assez résistante pour soulever le poids du cerveau. A mesure que l'épaississement de cette membrane diminue, la transparence augmente, et à la base elle est à peu près dans son état naturel. Elle est adhérente au cerveau à la partie externe du lobe antérieur gauche et dans quelques autres endroits.

Dans toutes les portions où l'arachnoïde est épaissie, la pie-mère est rouge, très-injectée et infiltrée d'une grande quantité de sérosité qui s'écoule de toute part et qui contribue à l'opacité de l'arachnoïde, car cette dernière altération diminue beaucoup, lorsque la plus grande partie du fluide séreux est écoulée.

Les ventricules latéraux sont fortement distendus par quatre ou cinq onces de sérosité ; la membrane qui les tapisse est très-épaissie, se détache facilement et est recouverte d'une multitude de granulations très-visibles et très-sensibles au toucher ; le *septum lucidum* est très-résistant ; il paraît percé à sa partie supérieure. Le cerveau sain et assez résistant.

Thorax. Le poumon droit présente, à sa partie moyenne et externe, une cavité capable de loger un petit œuf, très-inégale et anfractueuse; elle est vide, ses parois ne sont point recouvertes d'un kyste; elles sont formées par le parenchyme pulmonaire, qui est grisâtre, brunâtre et ramolli. Au voisinage, le tissu pulmonaire est enflammé dans l'étendue d'un demi-pouce. Ce poumon est adhérent au thorax; la plèvre qui correspond à la cavité ci-dessus est détruite, brunâtre et détachée du poumon dans l'étendue d'un pouce et demi.

La partie moyenne du bord postérieur du poumon gauche présente une cavité beaucoup moins vaste, qui est ouverte à l'extérieur; le poumon de ce côté est extrêmement gorgé de sang, en devant; il est rouge et crépitant.

Abdomen. La muqueuse gastrique présente une rougeur inégale, légère dans certains endroits et plus foncée dans d'autres; elle est épaissie d'une manière très-marquée. La muqueuse de l'intestin grêle offre, depuis sa partie moyenne jusqu'à la fin, une injection très-vive, des points noirâtres très-petits et très-rapprochés. La membrane muqueuse du gros intestin est très-rouge, épaissie et hérissée de petites saillies.

Réflexions. Les remarques que nous avons faites sur l'avant-dernière observation et sur celles de la deuxième série, s'appliquent entièrement au fait qui précède : ce sont toujours les mêmes altérations et les mêmes phénomènes, avec des différences qu'expliquent l'âge et l'idiosyncrasie du sujet. Il serait donc inutile d'y revenir.

Nous trouvons dans cette observation un nouvel

exemple du caractère latent des maladies qui surviennent chez les individus atteints de méningite chronique. Cominge avait dans chaque poumon une excavation ulcéreuse que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie; il était affecté simultanément d'une inflammation gastro-intestinale, dont l'existence n'avait pas été mieux reconnue. Nous renvoyons à la deuxième partie de cet ouvrage pour l'explication de cette circonstance.

Xe. Observation.

Point de renseignemens sur les causes et les premières périodes de la maladie. Plus tard, démence semi-paralytique avec idées ambitieuses. Peu de temps après, stupidité complète, impossibilité de marcher et de se soutenir, extension tétanique des membres avec tremblemens. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane épaisse sur la face interne de la dure-mère; méninges adhérentes au cerveau; substance grise très-injectée; un peu de sérosité sur les hémisphères et dans les ventricules.*

Toiron, soldat, âgé de 30 ans environ, entra à la Maison royale de Charenton, le 15 juin 1821, sans qu'on pût obtenir aucun renseignement sur ce qui avait précédé. A cette époque, il était dans un état de démence semi-paralytique. Sa figure était contractée, tirée en dehors, et présentait souvent un sourire niais; il parlait en bégayant et en serrant les mâchoires; il prononçait des mots décousus, qui étaient marqués au coin de l'ambition. Sa démarche était sensiblement gênée; il y avait un peu d'agitation par momens.

Le 11 mars 1822, figure maigre et altérée, air de

stupidité, yeux grandement ouverts et hébétés; point de réponse aux questions qu'on lui fait, qu'il paraît ne pas comprendre; point de changement dans les traits de la face, lorsqu'on lui parle; démarche très-chancelante; jambes faibles et fléchissant sous lui; tronc courbé en avant; mouvemens de tous les membres très-embarrassés; excrétions involontaires; malpropreté extrême. (Blouse.)

Le 23 juin, stupidité complète; nulle expression dans les traits de la face; yeux grandement ouverts, se promenant sur les objets, sans s'y fixer. Lorsqu'on lui parle, il ne répond pas et ne fait aucun mouvement; il reste également immobile lorsqu'on le pince fortement au bras. Paralysie générale et incomplète très-avancée; il ne peut marcher ni se soutenir sur ses jambes, ce qui oblige de le laisser habituellement assis sur un fauteuil en forme de chaise percée, où il est soutenu par des bandes; continuation des autres symptômes.

Depuis le mois de septembre jusqu'à sa mort il resta dans l'état suivant : Face pâle, très-maigre, tirée en dehors, ordinairement contractée, et ayant une expression de souffrance; regard hébété; même état d'imbécillité; le plus souvent point de réponse lorsqu'on lui parlait; d'autres fois, cri mal articulé et sourire niais; état de roideur tétanique, qui tenait les membres du malade dans une extension spasmodique constante. Lorsqu'on le levait, il était roide et tout d'une pièce, et l'on était obligé de lui fléchir violemment les membres pour pouvoir l'asseoir sur un fauteuil. Indépendamment de cette rigidité, ses membres étaient agités en même tems de mouvemens spasmodiques presque continuels. Tantôt il res-

tait long-temps sans dire un mot, tantôt il articulait d'une manière confuse quelques mots inintelligibles; il prononçait très-souvent, avec une voix faible, tremblante et convulsive, et en serrant fortement les dents, le mot *à Rou en*. En même temps, excrétions involontaires, maigreur, escarre au sacrum, qui, au bout d'une quinzaine de jours, devient très-large; débilité très-considérable.

Le 31 décembre, mort.

Autopsie cadavérique. — Crâne. Il y avait deux à trois onces de sérosité entre l'arachnoïde et la dure-mère. Après avoir incisé cette dernière, on voyait entre elle et l'arachnoïde cérébrale une fausse membrane, qui présentait la disposition suivante : elle s'étendait à la convexité et à la face interne des hémisphères, ainsi qu'aux lobes moyens du cerveau. Sa face externe était adhérente, par quelques liens très-lâches et faciles à détruire, au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, lequel était injecté d'une manière très-sensible. Sa face interne était lisse aussi, sans adhérence et appliquée sur l'arachnoïde cérébrale.

A gauche, cette fausse membrane avait une couleur d'un jaune-rougeâtre, avec des taches rouges et noirâtres, et une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur dans certains points; elle était molle, couenneuse, très-fragile. On la divisait avec beaucoup de facilité en plusieurs lames, entre lesquelles se trouvaient des caillots de sang. A droite, la pseudo-membrane avait une ligne d'épaisseur et une résistance assez considérable. On pouvait la diviser en trois lames, dont la plus extérieure avait tout-à-fait l'apparence et la consistance de l'arachnoïde, et

dont les deux ou trois réunies ressemblaient à la dure-mère.

On distinguait à la face externe de cette fausse membrane des vaisseaux sanguins très-manifestes. Sous elle on voyait, dans les fosses moyennes de la base du crâne, plusieurs petits caillots de sang.

L'arachnoïde cérébrale avait perdu la plus grande partie de sa transparence; elle était même complètement opaque et d'un blanc mat sur une partie de la convexité des hémisphères. Elle présentait dans toute son étendue, excepté à la base du cerveau, un réseau de capillaires sanguins très-injectés. Sa résistance était augmentée au point qu'on pouvait soulever, à l'aide d'un de ses lambeaux, une partie du cerveau. Sa face interne était adhérente à la substance corticale, sur toute la face interne des hémisphères, et sur la partie antérieure de leur convéxité, dans l'étendue de trois pouces. En la séparant du cerveau, on enlevait la couche la plus superficielle de la substance grise; celle-ci, dépouillée de son enveloppe, était molle, très-injectée et rouge.

Les ventricules latéraux contenaient de la sérosité; leur arachnoïde, ainsi que celle des deux autres ventricules, était épaissie et couverte de granulations. Le cerveau était très-injecté; le cervelet et ses membranes étaient sains.

Thorax. Le sommet des deux poumons et toute leur partie supérieure étaient creusés par un grand nombre d'excavations, les unes vides, les autres contenant du pus. Il y avait aussi quelques tubercules crus. Cœur sain.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac of-

frait, sur sa face postérieure, une rougeur vive, tirant un peu sur le noir; celle du cœcum était presque aussi rouge que le vermillon.

Réflexions. La plus frappante analogie existe entre cette observation et la précédente. Tout y est semblable, jusqu'aux excavations pulmonaires et à l'inflammation gastro-intestinale, maladies accidentelles qui ne peuvent avoir qu'un rapport éloigné avec la méningite chronique. Les légères différences que ces deux observations présentent, tiennent uniquement à l'intensité des altérations et des symptômes; ainsi, dans celle qu'on vient de lire, les phénomènes spasmodiques et les adhérences des méninges au cerveau étaient plus considérables que dans la neuvième.

La fausse membrane était aussi beaucoup plus épaisse et mieux organisée; elle était réductible en lames entre lesquelles se trouvaient de petits caillots de sang; ce qui nous prouve, comme dans les autres observations de la même série, que l'exhalation d'albumine et de sang s'était faite à divers intervalles, et que l'inflammation dont elle était l'effet devait avoir changé de caractère pour donner lieu à la sécrétion de ces produits de nature différente.

Dans la neuvième observation, l'état de stupidité dépendait plus particulièrement de l'accumulation de sérosité dans les ventricules et dans la pie-mère. Dans celle-ci, il était le résultat principal de l'injection du cerveau et des méninges, de la présence de la fausse

membrane placée dans la cavité de l'arachnoïde, peut-être aussi de l'inflammation de la substance grise.

XIe. Observation.

Prédisposition héréditaire. Attaque de congestion cérébrale suivie de délire et de tremblemens; ensuite rétablissement incomplet. Sept à huit ans après, nouvelle attaque, monomanie ambitieuse. Plus tard, troisième attaque, agitation spasmodique, convulsions; impossibilité de se soutenir et de marcher. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane à la face interne de la dure-mère; adhérences des méninges à la substance grise; six onces environ de sérosité autour de l'encéphale.*

M. Pierre de M***, ancien officier, âgé de trente-deux ans, a perdu sa mère d'une attaque d'apoplexie; son frère est mort paralytique. En 1810, il fut frappé de congestion cérébrale. Dès lors ses facultés se dérangèrent; sa prononciation devint difficile; il éprouva des tremblemens généraux, mais principalement de la tête et des membres supérieurs, et une constipation opiniâtre, que l'on combattit par du petit-lait et des bains tièdes; il se rétablit ensuite, et reprit ses fonctions.

Vers la fin de 1818, il fut pris d'une agitation nerveuse, qu'on attribua au chagrin d'avoir été mis à la demi-solde, et qui le rendit incapable de toute occupation. A cette époque, sa mémoire s'affaiblit sensiblement, et il donna quelques signes de déraison. Il resta un mois à l'hôpital Saint-Louis. On lui fit prendre d'abord quatre-vingt-trois bains froids, ensuite des bains d'eau de Barèges et de Bourbonne-les-Bains.

Vers la fin de 1819, le malade éprouvait une faiblesse très-marquée du côté gauche du corps, qui occasionait

des chutes assez fréquentes, et qui avait augmenté d'une manière sensible, lorsque dans le mois de décembre il tomba tout-à-coup dans son fauteuil, privé de connaissance et de mouvement, et dans un état de roideur. Il revint bientôt à lui. (Vésicatoires, bains antispasmodiques.)

Dès cette époque, le dérangement de ses facultés augmenta beaucoup; il tomba dans un état de monomanie, caractérisée par des idées de grandeur et de fortune dominantes, et par un orgueil extraordinaire : il se disait très-riche et croyait être le Maréchal Suchet; il était en même temps agité et très-sale dans ses propos. Cet état n'était pas continu; il revenait de deux jours l'un. Dans les accès, sa figure, naturellement pâle, devenait rouge et injectée.

Au commencement de juin 1820, nouvelle attaque, suivie d'une augmentation du délire et de l'agitation. Il croit avoir des millions; il a fait le ciel et la terre, etc. Incohérence dans les idées.

Le 4 août 1820, il entre à la Maison royale de Charenton. A cette époque, délire général et ambitieux : il a des millions; il fait ressusciter les morts; il vivra toujours; il a trente-six mille femmes, etc. Il parle beaucoup et sans suite; sa prononciation est embarrassée. Le sentiment et le mouvement du côté droit du corps sont extrêmement affaiblis; ces parties sont presque insensibles. Cependant il sent légèrement, lorsqu'on pince fortement la partie inférieure de la jambe. Il ne peut pas marcher; mais lorsqu'on le soutient, il traîne péniblement le membre inférieur paralysé. On le laisse habituellement attaché sur un fauteuil. Le bras droit est toujours fléchi spasmodiquement sur la poitrine, et il porte continuel-

lement le gauche à la malléole droite. Intégrité des fonctions nutritives; bon appétit.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, les symptômes augmentent. Il est dans un état de démence semi-paralytique et ambitieuse, avec agitation. Il est étranger à tout ce qui l'entoure; et lorsqu'on lui fait une question, tantôt il prononce des paroles qui n'y ont aucun rapport, tantôt il répète quelques-uns des mots dont on s'est servi. Ses idées sont très-bornées, entièrement décousues et uniquement relatives à l'ambition; les noms de million, milliard, roi, etc., sont sans cesse dans sa bouche. Il répète quelquefois le même mot une journée entière.

Il ne peut ni marcher ni se soutenir seul; mais lorsque deux personnes le tiennent par les bras, il parvient à traîner lentement les pieds, mais plus difficilement le droit que le gauche. Il est entièrement privé du sentiment et du mouvement du membre supérieur droit.

Il passe sa vie attaché sur un fauteuil, dans lequel il s'agite sans cesse et se contourne de mille manières; il fait entendre en même tems des cris, des mots mal articulés et des grincemens de dents. Sa figure est souvent déformée par des mouvemens spasmodiques; sa main droite est fréquemment affectée de convulsions. Il lâche involontairement ses excrémens et ses urines. Il dort peu et est tourmenté par une faim dévorante.

Ces symptômes augmentent graduellement.

Le 9 décembre, le malade perd subitement connaissance et est pris de mouvemens convulsifs du côté gauche du corps, qui durent peu et sont remplacés par des soubresauts dans les tendons. Trois heures après, retour léger des sensations, mais impossibilité d'articuler

un seul mot. (Sinapismes aux pieds et aux genoux.)

Le lendemain, même état. (Vésicatoire à la cuisse.)

Le soir, mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Embonpoint musculaire.

Tête. Dure-mère très-injectée à sa surface externe; trois onces environ de sérosité sanguinolente épanchée entre l'arachnoïde cérébrale et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Ce feuillet injecté d'une manière très-remarquable, recouvert d'une fausse membrane albumineuse très-mince, mollasse et très-peu résistante, ayant une couleur légèrement teinte en rouge par le sang dont elle est infiltrée, beaucoup plus sensible sur la partie moyenne de la convexité des hémisphères du cerveau que sur ses lobes, bien plus marquée du côté gauche que du droit, n'ayant point d'adhérence avec le feuillet de l'arachnoïde qu'elle tapisse. Caillots de sang rougeâtres, très-minces, arrondis, ayant un quart de pouce de diamètre, situés dans la fosse occipitale supérieure gauche. Plaques de sang irrégulières dans les fosses antérieures et les fosses moyennes de la base du crâne, sur la dure-mère.

Sur la convexité et la face interne des hémisphères, arachnoïde cérébrale très-injectée, épaissie, mais peu augmentée en consistance, adhérente à la substance corticale, sur une grande partie de la surface des hémisphères, dont on enlève la couche la plus superficielle en la détachant. Ventricules latéraux contenant une petite quantité de sérosité; leur surface, couverte d'une multitude de granulations très-faciles à apercevoir, dont deux ont presque le volume d'une petite tête d'épingle. Substance cérébrale très-injectée, se couvrant d'une multi-

tude de gouttelettes de sang, lorsqu'on la coupe par tranches. Trois onces environ de sérosité épanchée à la base du crâne.

Thorax. Poumons sains, excepté le gauche, qui offre des portions dures et très-rouges, placées au milieu des parties saines.

Abdomen. Estomac ayant une teinte rougeâtre dans une partie de son étendue. Deux invaginations des intestins grêles, dont une d'un pied environ, et l'autre d'un demi-pied. Les autres organes sains.

Réflexions. Nous voyons toujours le même ordre de phénomènes que dans les observations précédentes, avec quelques légères différences faciles à expliquer. Ainsi, dans ce fait, les adhérences des méninges à la substance grise, l'injection de cette dernière substance, du cerveau et de la pie-mère, étaient plus marquées que dans la plupart des histoires particulières de la même série; aussi les phénomènes spasmodiques étaient-ils plus considérables.

Il y avait des caillots sanguins qu'expliquent les attaques apoplectiformes dont le malade avait été frappé à plusieurs époques. La fausse membrane était rougeâtre et mollasse; et quoique sa formation n'eût donné lieu à aucun symptôme capable de la faire reconnaître, elle avait puissamment contribué à l'intensité de l'irritation cérébrale, par l'inflammation vive du feuillet arachnoïdien de la dure-mère, dont elle était l'effet.

Nous ne reviendrons pas sur le délire ambitieux ni sur les autres symptômes dont nous avons tant de fois recherché les conditions organiques dans la méningite chronique.

XIIe. Observation.

Prédisposition héréditaire. Plusieurs attaques de congestion, facultés très-affaiblies, délire ambitieux, paralysie incomplète; trois mois après, démence avec agitation violente. Plus tard, déjections involontaires, impossibilité de marcher et de se soutenir, roideur des membres. *Méningite chronique des hémisphères et des ventricules; fausse membrane épaisse sur la surface interne de la dure-mère; méninges adhérentes à la substance grise; pie-mère injectée.*

M. Pierre-François-Louis de B***, âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin, d'un esprit naturellement faible, d'un caractère orgueilleux, mais bon, est né d'une mère qui est dans un état d'aliénation, et il se livre depuis long-temps à la masturbation. Il a éprouvé plusieurs attaques d'apoplexie, à la suite desquelles ses facultés intellectuelles, et surtout la mémoire, se sont graduellement affaiblies : la dernière, qui date d'un an environ, avait produit un trouble beaucoup plus marqué dans l'esprit. Cependant le malade, employé dans une légation, continuait ses occupations ordinaires; mais, depuis quinze jours, délire complet.

Le 27 juin 1819, il est conduit à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant : Face pleine et rouge, embonpoint, air général de contentement et de satisfaction, affaiblissement très-marqué de l'entendement, sensations obtuses qui l'empêchent de s'occuper des objets présens d'une manière soutenue; difficulté de fixer son

attention en lui parlant, distractions continuelles; mémoire si altérée, qu'il se rappelle à peine ses parens et ses meilleurs amis; faculté de porter des jugemens simples sur les objets qu'il a le mieux connus ou qui se rapportent à ses premiers besoins, mais impossibilité d'associer plusieurs jugemens; incohérence dans les idées, intelligence sans cesse dominée par un délire ambitieux: il est François Ier. et quelquefois Louis XIV; il n'y a pas de plus puissant roi sur la terre que lui; il possède des richesses immenses, des diamans de la plus grande beauté, etc., et il s'emporte contre ceux qui l'appellent par son vrai nom. En même temps symptômes de paralysie incomplète; embarras de la langue, qui rend la parole lente, la prononciation difficile, et quelquefois bégayée; démarche qui a quelque chose de mal assuré, agitation légère; il parle beaucoup, le plus souvent seul; il va et vient sans cesse, se promène dans les cours et les corridors, tout entier à ses idées exclusives, et sans être déterminé par aucun jugement fixe, par aucun motif raisonnable. Peu de sommeil pendant la nuit, appétit insatiable, désir continuel des alimens, qu'il dévore avec la plus grande rapidité.

Pendant les trois premiers mois, augmentation de la paralysie incomplète et de la démence : il perd le souvenir des mots qui servent à exprimer les choses les plus communes; il ne reconnaît point sa sœur et sa mère; incohérence complète dans ses propos; idées d'ambition et de grandeur toujours prédominantes, mais offrant mille variétés, suivant l'état où se trouve le malade : une chenille qu'il rencontre devient son amie, sa belle princesse d'Allemagne toute couverte de diamans, etc. Après cette époque, se déclare une agitation violente :

cris, chants, quelquefois vociférations; mouvemens continuels, désordonnés et spasmodiques de la face et des membres; momens de fureur aveugle, pendant lesquels il est à peine contenu par la camisole et le fauteuil sur lequel il est attaché. Cet état dure quelques mois, avec des rémissions irrégulières et passagères, et diminue peu à peu.

Vers le commencement de 1820, paralysie plus avancée, démence plus complète; il se soutient à peine sur ses jambes, qu'il traîne lorsqu'il veut faire quelques pas; voix profondément altérée, parole d'une très-grande lenteur et très-mal articulée; diminution de la sphère des idées, qui sont bornées à quelques réminiscences; la plupart des idées ambitieuses persistent. Peu de temps après, excrétion de l'urine, et déjections involontaires par la paralysie des sphincters; dévoiement; impossibilité de marcher, et même de rester debout; roideur des membres inférieurs; voix tremblante; face sans expression, yeux fixes et hébétés; plaies de mauvaise nature sur diverses parties du corps; maigreur qui augmente rapidement; faim insatiable.

Vers la fin de février, dévoiement abondant; peu d'appétit, marasme, état adynamique.

Le 1er. avril, embarras de la respiration, petitesse du pouls, et mort.

Autopsie cadavérique. — État extérieur. Pâleur générale, maigreur squelettique, plaies aux pieds et sur le grand trochanter, escarre au sacrum.

Crâne. Une petite quantité de sérosité épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde: la surface extérieure de la première très-injectée. On voit entre le feuillet arachnoïdien de la dure-mère et l'arachnoïde cérébrale une

fausse membrane qui offre la disposition suivante : sur la plus grande partie de l'hémisphère gauche du cerveau, elle a au moins deux fois l'épaisseur de la dure-mère, et cette épaisseur est un peu plus considérable au milieu de l'hémisphère et moindre sur ses parties antérieure et postérieure, ainsi qu'à la base de l'encéphale, où la fausse membrane devient très-ténue, mollasse, et impossible à séparer. Sa surface extérieure, lisse, polie, blanche comme la dure-mère, lui est adhérente par beaucoup de filamens faciles à rompre et de nature cellulaire. Sa surface interne est libre, contiguë à l'arachnoïde, mouillée par la sérosité et un peu rougeâtre. Cette production est très-mince sur l'hémisphère droit et arachniforme : elle est dure et d'une très-grande résistance aux endroits où elle est très-épaisse, et facile à déchirer partout où elle est mince. Le feuillet séreux de la base du crâne offre çà et là de petites plaques rougeâtres.

Arachnoïde cérébrale devenue opaque, d'une couleur d'un blanc grisâtre, épaissie et si résistante, qu'on la sépare avec la plus grande facilité de la surface du cerveau, avec laquelle elle a contracté un grand nombre d'adhérences : elle emporte, en la détachant, des portions de la substance corticale, qui, mise à découvert, paraît mollasse et rougeâtre. Ces altérations, très-manifestes sur la face externe des hémisphères, se remarquent à peine à la base du cerveau, et n'existent pas du tout au cervelet.

Les ventricules latéraux et le ventricule moyen pleins de sérosité ; l'arachnoïde qui les tapisse épaissie, facile à séparer et couverte d'une multitude de granulations perceptibles au toucher et à la vue. Pie-mère très-rouge et

injectée dans ses plus petits vaisseaux. Pulpe encéphalique molle et injectée.

Thorax. Les deux poumons gorgés de sang : le droit offre à son sommet une dureté considérable, et, au milieu du tissu pulmonaire durci, une excavation capable de contenir une noisette, et entièrement vide. Deux onces environ de sérosité dans le péricarde ; surface extérieure du cœur infiltrée du même liquide.

Abdomen. Foie gorgé de sang, qui s'écoule abondamment à chaque incision. Estomac considérablement rétréci à sa partie moyenne, et dilaté à ses extrémités. Sa membrane muqueuse, couverte de mucosités abondantes et épaisses, présente une rougeur intense et une multitude de points noirâtres. Le pylore est resserré, et sous la muqueuse on voit une substance cartilagineuse qui l'environne. Rougeur de la membrane muqueuse des intestins grêles, très-vive à certains endroits, plus marquée sur les valvules conniventes que dans leurs intervalles ; couche épaisse de sang noirâtre ou rougeâtre, mêlé à des mucosités dans la cavité des intestins.

RÉFLEXIONS. Cette observation est tout-à-fait semblable aux quatre précédentes. Les symptômes dont elle se compose ont suivi une marche progressivement croissante, et dérivent évidemment, comme dans les faits précédens, de l'inflammation de l'arachnoïde et de la substance grise du cerveau, examinée dans les trois périodes qu'elle a parcourues. Comme c'est la dernière observation de cette série, nous allons parcourir chacune de ces trois périodes.

Première période. Le malade est frappé de plu-

sieurs attaques d'apoplexie, qui consistent en une injection subite des vaisseaux du cerveau et de ses membranes. Ces attaques, dont les effets disparaissent d'une manière incomplète, sont suivis d'une congestion sanguine légère, mais habituelle, qui produit l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire.

Deuxième période. Le congestion cérébrale augmente, l'arachnoïde injectée s'épaissit par la présence du sang dans ses capillaires et dans ceux de la pie-mère ; elle perd une partie de sa transparence, comprime et irrite le cerveau ; de là le délire ambitieux, la dégradation des opérations de l'âme, la paralysie incomplète générale, marquée par l'embarras de la langue et une démarche mal assurée ; de là aussi une agitation légère. Les symptômes suivent l'accroissement graduel des phénomènes inflammatoires.

Troisième période. L'inflammation de l'arachnoïde cérébrale acquiert un certain degré d'acuité ; le sang, appelé par une irritation plus forte, y afflue plus abondamment ; alors sa surface interne contracte des adhérences avec la surface du cerveau ; sa surface externe exhale une sérosité albumineuse qui s'organise en membrane ; le cerveau, plus vivement irrité, donne lieu à une agitation violente et aux mouvemens spasmodiques de tout l'appareil musculaire ; mais, sitôt que la fausse membrane est formée, le travail inflammatoire diminue, l'irritation s'affaiblit, la compression du cerveau est beau-

coup plus forte qu'elle n'avait été jusqu'alors ; aussi la paralysie est plus complète, les facultés plus oblitérées.

L'état d'agitation violente qu'a présenté le malade pendant les derniers temps a empêché d'observer attentivement les symptômes auxquels a dû donner lieu l'inflammation gastro-intestinale qu'a montrée l'autopsie. Il ne paraît pas qu'elle ait agi comme cause de l'aliénation mentale ; il est probable qu'elle a commencé beaucoup plus tard, et qu'elle a été une des causes de la mort, comme tend à le prouver le dévoiement très-abondant qui a duré plusieurs mois.

CINQUIÈME SÉRIE.

Sommaire des Observations de la cinquième Série.

1°. *Symptômes.* Toutes les observations de cette série offrent les symptômes caractéristiques de la méningite chronique.

De plus, elles présentent, les quatre premières, des attaques épileptiformes plus ou moins violentes, ou des convulsions des bras, et plus tard, une paralysie complète d'un des côtés du corps, ou seulement d'un des membres ; la cinquième, des accès d'épilepsie, une oblitération graduelle des facultés et des mouvemens ; ensuite, un état comateux, de la stupeur et des phénomènes d'inflammation gastro-intestinale ; et la sixième, un assoupissement habituel et un état de paralysie.

2°. *Lésions organiques.* Dans toutes ces observations on voit les caractères anatomiques d'une méningite chronique

étendue aux hémisphères, ou bornée à un espace plus ou moins circonscrit de leur surface. De plus, dans les quatre premières, ramollissement plus ou moins étendu, d'une partie du cerveau, du côté du corps opposé à la paralysie (1), avec ou sans adhérence des méninges à la substance grise; dans la cinquième, arachnitis aiguë avec suppuration à la face inférieure de l'encéphale, hydrocéphale des ventricules, rougeur intense de la muqueuse du cœcum; dans la sixième, tumeur fibreuse considérable dans l'hémisphère droit du cerveau.

Première Observation (2).

Manie, avec prédominance d'idées ambitieuses. Plus tard, démence avec des attaques épileptiformes; enfin, paralysie du mouvement à gauche. *Méningite chronique à* gauche, *ramollissement cérébral dans l'hémisphère* gauche.

Gautier, tambour de la garde royale, âgé de 33 ans, d'une petite taille, d'un tempérament sanguin, avait éprouvé des contrariétés de famille et des chagrins assez vifs. Il tenait depuis plusieurs mois des propos bizarres et presque extravagans, sans cependant discontinuer son service, lorsque le 20 juin 1820, il tomba tout-à-coup dans un état d'aliénation complète; il était dans une agitation extraordinaire, parlait sans cesse, et était surtout dominé par des idées d'ambition et de grandeur.

Le 24, il fut conduit à la Maison royale de Charenton.

---

(1) Excepté dans la première observation.

(2) J'ai inséré un extrait de cette observation dans un mémoire sur l'*existence de la paralysie du même côté que la lésion cérébrale qui l'occasione.* (Revue médicale et Journal de Clinique, tom. I., pag. 33.)

Pendant le premier mois, il resta à peu près dans le même état; mais l'agitation diminua ensuite progressivement, de même que le délire : les facultés restèrent faibles, les mouvemens faciles.

Vers le commencement d'août, le malade perdit tout-à-coup la connaissance, et fut pris de secousses convulsives, avec gonflement, lividité de la face et écume à la bouche. Le sentiment et le mouvement volontaire revinrent cinq à six minutes après; et au bout de demi-heure il était à peu près dans son état naturel. Cette attaque épileptique se renouvela depuis lors plusieurs fois par mois et d'une manière irrégulière; après chaque attaque, l'intelligence diminuait, la langue s'embarrassait légèrement. Gautier resta ensuite plus de huit mois dans un état de démence, sans agitation. Il se tenait habituellement dans le coin d'une salle, ne parlait point, à moins qu'on ne l'interrogeât; et dans ce cas, répondait assez juste aux questions qu'on lui faisait, mais presque toujours par monosyllabes. Sa prononciation n'était pas parfaitement libre; mais sa démarche était ferme et assurée.

Au commencement d'octobre 1821, à la suite d'attaques répétées d'épilepsie, le malade perdit entièrement la parole. Malgré les efforts qu'il faisait pour parler, lorsqu'on l'interrogeait, il ne pouvait faire entendre que des sons inarticulés et tout-à-fait inintelligibles; cependant il allait çà et là, errait dans le chauffoir et les corridors de son quartier, sans qu'on pût s'apercevoir d'aucun embarras notable dans la progression ni dans les mouvemens des membres supérieurs.

Dans la nuit du 20 au 21 octobre, il éprouve plusieurs attaques d'épilepsie.

Le 21, il est dans l'état suivant : Face pleine, gonflée, d'un rouge livide, semblable à celle des noyés ; bouche et yeux fermés, mâchoires serrées, nul signe de connaissance ni de sensibilité, point de mouvemens ; coucher en supination ; respiration lente, difficile, bruyante, se faisant entièrement par les narines ; pouls petit et fréquent. (M. le Professeur Royer-Collard lui prescrit une saignée de trois palettes.)

Le 22, pupilles fortement contractées, point de réponse ni de mouvement d'aucune manière lorsqu'on lui parle. Le bras *gauche* est dans un état de résolution ; lorsqu'on pince ce membre, le malade ne le meut point ; mais il lève lentement la main droite, et s'en sert pour saisir la main de la personne qui le pince. Les autres symptômes sont les mêmes.

Le 23, il fait quelques mouvemens de la main droite, lorsqu'on lui fait des questions. Continuation de l'hémiplégie à gauche, de l'assoupissement comateux et de la contraction spasmodique des mâchoires ; sensibilité et mouvemens volontaires des membres droits ; ronflement. (Douze sangsues au cou.)

Le 24, nul signe de sensibilité ni de motilité volontaire, pouls fort et fréquent, respiration ralentie, et mort.

Ouverture du cadavre. — État extérieur. Embonpoint musculaire et graisseux.

Crâne. Les os du crâne sont durs et difficiles à casser. La dure-mère est adhérente à l'arachnoïde cérébrale d'une manière très-intime, sur la moitié antérieure de la face externe de l'hémisphère *gauche*. Sur la moitié postérieure de cet hémisphère et derrière cette adhérence, deux ou trois onces environ d'un sang liquide et

noirâtre sont épanchées entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La dure-mère, dans l'endroit où elle est adhérente à cette dernière membrane, est couverte d'une fausse membrane arachniforme, très-molle, fragile et infiltrée de sang. Dans le même endroit, c'est-à-dire sur la moitié antérieure de la convexité de l'hémisphère *gauche*, l'arachnoïde cérébrale, fortement épaissie, est intimement adhérente au cerveau. Après avoir détaché celle-ci, la surface correspondante du cerveau présente un petit amas de matière d'un blanc grisâtre et d'apparence tuberculeuse. Au-dessous de cette substance et de l'adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, la substance encéphalique est ramollie dans l'étendue de deux pouces carrés environ, et réduite en une espèce de bouillie plus blanche que la substance médullaire du cerveau, diffluente vers la partie moyenne et les circonvolutions, plus consistante inférieurement. Le ramollissement ne parvient point jusqu'au ventricule gauche. Le ventricule droit contient un peu de sérosité limpide; le gauche est vide; l'hémisphère droit est parfaitement sain.

Le thorax et la poitrine n'ont pas été ouverts.

Réflexions. Cette observation est de la plus haute importance, pour la variété des symptômes qui se sont succédé pendant le cours de la maladie, et par les rapports qu'ont avec ces symptômes les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre. Elle nous offre l'ensemble des altérations organiques que nous avons trouvées dans les séries précédentes,

plus, un ramollissement qui a mis fin aux jours du malade.

Examinons successivement les différentes phases de cette observation :

A l'invasion de la maladie, Gautier, après avoir éprouvé des contrariétés et des chagrins domestiques, est atteint d'une irritation de l'arachnoïde avec congestion de la pie-mère. Il commence alors à tenir des propos bizarres et extravagans. Cette irritation dégénère bientôt en une inflammation des deux surfaces des méninges qui recouvrent la moitié antérieure de l'hémisphère gauche. La surface interne irrite fortement le cerveau ; l'externe, plus vivement phlogosée, ainsi que la portion correspondante du feuillet arachnoïdien de la dure-mère, concourent à produire l'irritation cérébrale en exhalant sur leur face contiguë une exsudation albumineuse entremêlée de sang. Pendant tout le temps que dure ce travail inflammatoire, c'est-à-dire plus d'un mois, le malade est dans un état d'aliénation, avec agitation violente et prédominance d'idées ambitieuses.

Plus tard, l'inflammation des méninges diminue, le feuillet arachnoïdien de la dure-mère contracte des adhérences avec l'arachnoïde cérébrale correspondante ; le cerveau cesse d'être irrité, mais il reste comprimé par les méninges épaissies et injectées ainsi que par la fausse membrane formée dans les deux feuillets de l'arachnoïde; de là l'affaiblissement

des facultés et la diminution de l'agitation et du délire.

Peu de temps après, la cause d'irritation, toujours existante à la surface de l'hémisphère gauche, appelle tout-à-coup le sang dans les vaisseaux de la pie-mère de ce côté, renouvelle l'inflammation de la face interne des méninges, et donne lieu à l'inflammation d'un des points de la portion correspondante de la surface du cerveau. Sous l'influence de ces lésions, le malade perd connaissance et est pris d'attaques épileptiformes. Demi-heure après, la congestion et par suite, l'inflammation du cerveau se dissipent, de là aussi le retour de la connaissance et des mouvemens volontaires.

Les mêmes altérations cérébrales se répètent ensuite pendant plus de huit mois, périodiquement et d'une manière irrégulière, en donnant lieu, comme au début de cette encéphalite consécutive, à des phénomènes épileptiques.

Un mois environ avant la mort, à la suite d'attaques répétées, l'inflammation du cerveau ayant pénétré plus profondément et ayant occasioné un ramollissement superficiel de cet organe, le malade perd entièrement l'usage de la langue, qui est frappée d'une paralysie complète.

Enfin, trois semaines environ après, les mêmes attaques épileptiformes se renouvellent à plusieurs reprises et sans interruption, le ramollissement de l'encéphale se propage dans l'étendue de deux pouces carrés ; la substance de cet organe se convertit en une sorte de bouillie diffluente, plus

blanche que la partie médullaire du cerveau. C'est alors que le malade tombe dans un état comateux avec hémiplégie complète du mouvement, du même côté que la lésion cérébrale.

Ce dernier point est une exception à la loi générale remarquée d'abord par Arétée, confirmée par Valsalva, Morgagni et tous les médecins qui depuis se sont livrés à l'étude des affections cérébrales, savoir : que dans toutes ces maladies l'hémiplégie qui survient est opposée au côté où existe la lésion du cerveau.

Malgré le soin scrupuleux que nous avons mis dans l'observation du fait qu'on vient de lire, nous aurions peut-être pu mettre encore en doute son exactitude sur le point dont il est question, si les fastes de la science ne nous avaient fourni aucun exemple semblable. Mais il existe six faits analogues, que nous avons publiés ailleurs (1), et qui concourent tous à prouver que la *paralysie peut*, dans quelques circonstances très-rares, *exister du même côté que la lésion cérébrale qui l'occasione.* Nous joindrons ici un extrait succinct de ces faits :

I. Un portier, à la suite d'une blessure à la tempe gauche, fut paralysé du bras *droit*. On trouva beaucoup de sang épanché dans le côté *droit* du crâne (2).

II. Un enfant, plongé dans un état de léthargie,

(1) Voyez *Revue Médicale et Journal de Clinique*, janvier 1824.

(2) *Smétius*, Miscell., lib. 10, p. 528.

avait tout le côté *droit* du corps paralysé et résolu. Après la mort, on trouva la partie *droite* du cerveau et du cervelet sanguinolente et corrompue, tandis qu'à gauche la substance cérébrale était blanche et nullement altérée (1).

III. Un vieillard, au milieu des efforts qu'il faisait pour aller à la selle, fut frappé d'une attaque d'apoplexie avec paralysie et résolution du côté *droit* du corps. Épanchement sanguin, occupant principalement la couche optique *droite* (2).

IV. Une femme de quarante-sept ans fut atteinte d'une forte attaque d'apoplexie, avec hémiplégie complète à *droite*. Un traitement approprié rendit, mais incomplètement, le sentiment et le mouvement aux membres paralysés, qui restèrent faibles, sans cependant empêcher la malade de se livrer à ses occupations. Quatre ans après, elle fut frappée d'une nouvelle attaque accompagnée de mouvemens convulsifs et d'assoupissement profond. Elle succomba peu de temps après.

On trouva, à l'ouverture du crâne, dans l'hémisphère *droit* du cerveau, deux excavations, contenant une petite quantité de liquide et tapissées par une exsudation membraneuse et difficile à inciser. La couche optique *droite* renfermait un caillot de sang. Le corps strié *droit* était ramolli (3).

---

(1) *Forestus*, liv. 10, chap. 12.

(2) Observation de *Valsalva*, dans les lettres de *Morgagni*, insérées à la suite du traité de l'Oreille Humaine. Lettre XIII, n°. 19.

(3) *Brunner*, Mélanges des curieux de la nature, décurie 3. A. I, observation 154.

V. Une vieille femme fut frappée d'une attaque d'apoplexie qui occasiona la paralysie des membres du côté *droit*. Trois mois après, elle succomba dans un état d'assoupissement. On ne trouva aucune sorte d'altération dans l'hémisphère gauche ; mais le *droit* présentait, vers son centre et dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt carrés, un ramollissement diffluent, avec couleur rouge-brune des deux substances du cerveau (1).

VI. Une femme de la campagne, âgée d'environ vingt-quatre ans, enceinte depuis six mois, fut frappée d'apoplexie, avec résolution du côté *droit* du corps. L'avortement suivit de près cet accident, et une demi-heure après elle succomba.

A l'ouverture du cadavre, Morgagni trouva dans l'hémisphère *droit*, au côté externe du corps strié, une cavité de deux doigts de profondeur, remplie par un caillot de sang. L'hémisphère gauche ne présenta absolument aucune espèce d'altération (2).

Ce fait, que Morgagni observa avant celui qui précède, le frappa tellement, qu'il ajoute à la suite de l'observation : « Je me rappelle que je demandai avec le plus grand soin à plusieurs élèves studieux qui avaient examiné attentivement la malade, si par hasard ce n'était point le côté gauche qui était paralysé, et non le côté droit, comme ils me l'avaient raconté; mais tous en général, et chacun en

(1) *Morgagni*, lettre 57, n°. 14.

(2) *Morgagni*, œuvres de *Valsalva*, lettre 13, n°. 25.

particulier me répondirent constamment que c'était le côté droit; et par cette raison il est clair pour moi que quelquefois la *paralysie a lieu du même côté que la lésion cérébrale.* » Nous tirons de ce fait et des six qui le précèdent, la même conclusion que Morgagni. Mais quelle explication peut-on donner d'une exception si rare à la loi générale de l'entrecroisement? Dans l'état actuel de la science, ce problème nous paraît insoluble. Le seul moyen de l'expliquer, serait de supposer que chez les individus qui l'ont présenté, les faisceaux nerveux de la moelle allongée allaient directement au cerveau, sans s'entrecroiser.

IIe. Observation.

Chute sur la tête ; après la guérison accès épileptiques, altération des facultés intellectuelles, etc. Mouvemens convulsifs, puis paralysie du bras *droit* ; mort plusieurs mois après la chute. *Vis-à-vis du lobe antérieur* gauche, *adhérence de la dure-mère épaissie avec l'arachnoïde, et de celle-ci avec le cerveau ramolli.* (Lallemand, Recherches sur l'Encéphale, p. 146.)

Marie Lucas, bijoutière, âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin nerveux, d'un embonpoint médiocre, ayant les muscles saillans, les cheveux et les yeux noirs, fit une chute sur la tête en 1814. Il paraît qu'elle produisit des accidens graves, car on pratiqua plusieurs saignées, et même on nous dit que le trépan avait été appliqué; après la guérison de la plaie de tête, cette femme resta sujette à des accès d'épilepsie qui revenaient à la moindre contrariété : vers la fin de janvier 1815, on s'aperçut que son intelligence s'affaiblissait; elle avait

souvent des absences. Ces symptômes augmentèrent subitement ; et le 1er. février on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique. Du reste, ces accidens n'avaient pas altéré sa constitution, elle avait conservé les apparences d'une santé florissante.

Le jour de son entrée, elle était dans un état de stupeur, sans connaissance; la face, un peu injectée, était agitée de mouvemens convulsifs, ainsi que les yeux et le *bras droit;* lorsqu'on touchait la région épigastrique, les convulsions augmentaient ; la respiration était laborieuse et bruyante. (Deux sinapismes aux jambes, vésicatoires à la nuque et à l'épigastre, lavemens purgatifs.) La contraction des mâchoires ne permit pas de lui faire avaler l'eau émétisée qu'on était décidé à lui donner.

Pendant les deuxième et troisième jours, même état de stupeur; continuation des mouvemens convulsifs du bras droit, devenus plus fréquens et plus forts, engourdissement, commencement de paralysie des membres. On continue l'emploi des dérivatifs. La mort survient dans la nuit du troisième au quatrième jour, plusieurs mois après la chute.

Autopsie cadavérique. Une cicatrice longitudinale, d'environ un pouce et demi d'étendue, existait à la peau du crâne qui recouvre la bosse frontale gauche ; vis-à-vis de cette cicatrice, l'os était parfaitement sain à l'extérieur et à l'intérieur; on ne trouva nulle part des traces du trépan. Au niveau du lobe antérieur *gauche* du cerveau, la dure-mère était épaissie et adhérente, par l'intermédiaire de l'arachnoïde, à la substance grise, qui, dans cet endroit, était extrêmement *molle, pulpeuse* et d'une couleur *jaunâtre.* Une grande partie du lobe antérieur avait subi la même altération, le reste de l'hémisphère

gauche était sain, et contrastait singulièrement, par sa consistance et sa couleur, avec l'altération du lobe antérieur. L'hémisphère droit était aussi parfaitement sain. Dans la poitrine et l'abdomen on ne trouva rien de particulier.

Réflexions. Cette observation offre avec la dernière période de celle qui la précède, l'analogie la plus complète; ce sont exactement les mêmes symptômes et les mêmes lésions organiques. Les deux malades éprouvent pendant un certain temps des attaques épileptiformes; plus tard, ils tombent dans un état comateux, à la suite d'accès plus violens et répétés à des intervalles très-courts; ils sont bientôt atteints d'une hémiplégie avec résolution et succombent.

A l'ouverture des deux cadavres, on trouve également les traces d'une méningite chronique circonscrite, compliquée d'encéphalite. Le feuillet arachnoïdien de la dure-mère est adhérent, dans une certaine étendue, à la portion correspondante de l'arachnoïde cérébrale; celle-ci est intimement unie à la substance grise subjacente, laquelle est ramollie, ainsi qu'une portion de la substance blanche environnante.

Ce fait ainsi que le précédent, confirment donc le point de doctrine physiologique que nous a présenté une partie des observations de la troisième série, savoir: que les attaques épileptiformes sont le résultat d'une méningite chronique et d'une inflammation consécutive de la substance grise qui

se renouvellent périodiquement ; et dans lesquelles les méninges, primitivement enflammées, enflamment la surface du cerveau et contractent des adhérences avec elle.

M. le professeur Lallemand, de Montpellier, dans ses Recherches, si justement estimées, sur l'Encéphale, regarde les attaques épileptiformes comme un des symptômes ordinaires de l'arachnitis (1), fondé sur ce qu'il n'a point rencontré ce symptôme dans les ramollissemens, tandis qu'il l'a remarqué lorsqu'il y avait inflammation de l'arachnoïde. Quelle que soit la confiance que mérite ce judicieux observateur, nous ne pouvons embrasser son opinion. Tous les faits que renferme cet ouvrage, ainsi que ceux que nous n'avons pas cru devoir y insérer, nous ont prouvé que les phénomènes épileptiques n'existaient jamais dans les cas de méningite simple (première et deuxième séries), et qu'ils étaient au contraire un des symptômes ordinaires de cette maladie, lorsqu'elle est compliquée d'inflammation consécutive de la substance grise du cerveau.

Les observations de M. Lallemand sont-elles donc en contradiction avec les miennes? Non sans doute ; elles les confirment, au contraire, d'une manière frappante, comme on peut en juger par celle qu'on vient de lire et par les deux qui vont suivre.

Toutes les observations avec des accès épilepti-

(1) Ouvrage cité p. 251.

formes qu'on trouve dans l'ouvrage de ce médecin, nous présentent, comme celles de la deuxième série, une inflammation chronique des méninges, avec un ramollissement de la surface correspondante du cerveau. L'erreur dans laquelle est tombé M. Lallemand, vient donc de ce qu'il a attribué à l'arachnitis chronique simple un symptôme qui est toujours l'effet d'une arachnitis compliquée d'inflammation de la substance grise ou des deux substances.

IIIe. Observation.

Symptômes d'épilepsie pendant près de trois mois. Ensuite, convulsions moins fortes, puis soubresauts dans les tendons; ictère, paralysie avec contraction du côté gauche; mort subite le neuvième jour de l'entrée. *Inflammation de l'arachnoïde des ventricules latéraux et de la surface du cerveau, plus marquée à droite qu'à gauche; ramollissement avec suppuration du lobe moyen droit et du corps strié.* (Lallemand, Recherches sur l'Encéphale, p. 118.)

Dans le mois de novembre 1813, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Charles, n° 5, un homme d'environ trente-six ans, d'une forte stature, entièrement privé de connaissance, et sur la maladie duquel on ne put avoir aucun renseignement. Les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés du corps, fortement fléchis et agités de violens mouvemens convulsifs, ne pouvaient être étendus qu'en employant une force considérable. La bouche était entr'ouverte, la langue humide, les lèvres couvertes d'écume, sans déviation des commissures à droite ou à gauche, les yeux renversés et grandement ouverts, la pupille presque insensible aux brusques variations de la lumière, le pouls dur, assez fort, et si fréquent, qu'on ne pouvait compter les pul-

sations. Toute la surface du corps était couverte d'une sueur abondante et visqueuse. Je crus d'abord que le malade n'avait qu'un accès d'épilepsie; mais étant revenu plusieurs fois à son lit, et voyant qu'au bout de cinq à six heures il ne s'était fait aucun changement dans son état, je pensai qu'il avait une fièvre *pernicieuse* ou *ataxique*, et qu'il ne passerait pas la nuit. Cependant je lui fis appliquer des sinapismes aux pieds, et l'on parvint à lui faire avaler quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

Le lendemain à la visite, même état, seulement le pouls était moins fort. (Julep antispasmodique, lavement purgatif; le soir, sinapismes aux genoux.)

Le troisième jour, les mouvemens convulsifs ont presque disparu; mais il reste des soubresauts dans les tendons. Les sueurs ont cessé, les sensations sont moins obtuses, le malade bégaye quelques mots; cependant le pouls est petit et très-fréquent; les mains, les pieds, les jambes et les avant-bras sont froids; la langue est sèche. (Même prescription que la veille; les sinapismes sont remplacés par un vésicatoire au mollet.)

Quatrième jour. Tous les symptômes nerveux ont disparu; la peau de la face est un peu jaune, la bouche est plus sèche, les extrémités sont toujours froides, point de sueur : on remarque un peu de *roideur* dans le côté gauche.

Cinquième jour. Toute la peau du corps est jaune; les urines sont colorées et déposent un sédiment blanc et léger; sueurs assez abondantes; mais extrémités toujours froides, pouls insensible. Il se forme une escarre gangréneuse au coccyx. (Quinquina en lavement, vin pur, vin de quinquina, décoction de quinquina.)

Sixième jour. La langue est moins sèche, la parole plus libre, les mouvemens plus faciles; le malade se trouve mieux. Les membres sont toujours froids; douleur dans l'épaule gauche, toux légère.

Le septième, le malade est assez gai, l'ictère diminue; les urines sont épaisses, troubles, sédimenteuses et très-brunes. Mais les membres du côté gauche sont comme *paralysés*, dans un état de roideur permanente; la tête est toujours inclinée sur l'épaule gauche, et la face un peu tournée à droite, par la contraction des muscles du côté gauche du cou.

Le huitième, même état que la veille.

Le neuvième, le malade semblait être mieux: il s'était promené; on venait de panser ses vésicatoires, lorsqu'il mourut tout-à-coup.

Autopsie cadavérique. — *Crâne.* Beaucoup de sérosité épaisse entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux côtés, mais plus abondante à droite qu'à gauche. Ramollissement de la substance grise à toute la surface du lobe moyen droit; on le coupe par tranches, et on trouve au milieu de la substance blanche très-molle plusieurs petits foyers de pus blanc et fluide, et du pus également réuni en plusieurs foyers dans l'épaisseur du corps strié du même côté. La substance grise des circonvolutions et celle du corps strié étaient aussi blanches que le centre ovale de Vieussens. L'arachnoïde, qui recouvre les deux ventricules latéraux, était épaissie et granulée à sa surface; la cavité de ces ventricules était remplie d'une sérosité trouble, lactescente.

Poitrine. Poumons crépitans, adhérences anciennes entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire; cœur sain.

Bas-ventre. Estomac et intestins sains; foie sain,

mais gorgé de sang ; dans la vésicule, beaucoup de bile épaisse, semblable à du méconium.

Réflexions. Le rapport des lésions avec les phénomènes morbides n'est pas aussi apparent ici que dans les deux premières observations de cette série ; cependant en lisant ce fait avec attention, on y trouve également les mêmes altérations. Il n'est pas dit, il est vrai, si les méninges étaient épaissies ; mais on voit qu'il y avait beaucoup de sérosité infiltrée dans le tissu de la pie-mère, espèce d'œdème que nous avons trouvé si constamment dans l'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la pie-mère, que nous pouvons le regarder comme un des caractères anatomiques de cette maladie. Il n'est pas dit non plus si ces membranes étaient adhérentes dans une étendue plus ou moins grande à la surface du cerveau ; mais cela est d'autant plus probable, qu'il y avait un ramollissement de la substance grise, et que ce serait le seul exemple que nous eussions rencontré où cette dernière altération n'aurait pas été accompagnée d'une adhérence des méninges au cerveau. Au reste, les choses ne seraient point ainsi, qu'on pourrait facilement concevoir qu'une inflammation des membranes encéphaliques enflammât et ramollît consécutivement la substance grise sans contracter d'adhérence avec elle, surtout si les membranes s'infiltraient d'une grande quantité de sérosité.

Il nous paraît évident que l'inflammation qui exis-

tait dans les méninges, à la surface et dans les ventricules du cerveau, et qui donnait lieu aux phénomènes épileptiformes, a déterminé les foyers purulens qui se trouvaient au milieu de la substance blanche, par l'irritation violente qu'elle entretenait dans l'hémisphère droit du cerveau.

IVe. Observation.

Trouble des facultés, céphalalgie, engourdissement général, convulsions des bras; puis, paralysie à *droite*, douleur violente des membres paralysés. Mort le douzième jour. *Arachnitis chronique, ramollissement du cerveau vers la partie supérieure du lobe moyen* gauche; *au centre, épanchement de sang.* (Lallemand, Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale, p. 25.)

Vailbain, veuve, âgée de cinquante-quatre ans, avait, dans l'espace de dix ans, éprouvé beaucoup de malheurs et de chagrins domestiques, à la suite desquels se manifestèrent du trouble dans les fonctions intellectuelles, un état de faiblesse et d'abattement général, des douleurs de tête presque habituelles. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n°. 72, le.... 1816, les traits portaient l'empreinte de la tristesse; elle se tenait presque toujours sur son séant, parce que les douleurs de tête augmentaient lorsqu'elle se couchait horizontalement; la respiration était extrêmement difficile; le pouls, irrégulier, présentait, après trois pulsations, deux intermittences de suite; les mouvemens de la langue étaient embarrassés avec bégaiement, les forces musculaires étaient diminuées, les membres engourdis, les jambes et les pieds infiltrés; de temps en temps les bras étaient agités de mouvemens convulsifs légers, avec

soubresauts dans les tendons. Peu à peu les mouvemens devinrent plus difficiles, surtout du côté droit, dont la sensibilité diminuée était remplacée par un sentiment de formication; enfin, tout-à-coup, pendant la nuit, un mois environ après son entrée, la paralysie du côté droit devint complète, à cela près d'un reste de sensibilité dans la *jambe*. La bouche était tirée à gauche; le bégaiement était augmenté au point qu'on ne comprenait plus rien de ce que la malade voulait dire, elle ne pouvait même faire sortir sa langue.

On employa pendant plusieurs jours saignées, sinapismes, vésicatoires, lavemens purgatifs, émétique, etc., le tout sans succès; huit à dix jours après, elle éprouva dans tout le côté paralysé des *douleurs violentes* qui lui arrachaient des cris et des gémissemens continuels; quand on essayait de mouvoir les membres, on éprouvait une certaine résistance, une sorte de roideur des articulations, et les douleurs devenaient excessives.

Le onzième jour, depuis l'attaque de la nuit, la respiration devint stertoreuse, la face cadavéreuse, la peau froide; roideur des membres paralysés excessive; enfin la mort arriva le lendemain.

Autopsie cadavérique. Les membranes arachnoïde et pie-mère étaient très-injectées et séparées l'une de l'autre par une espèce de gelée tremblante, épaisse d'une demi-ligne dans certains endroits, assez semblable à celle qu'on trouve quelquefois sous l'épiderme en levant un vésicatoire. J'enlevai ces membranes avec la plus grande facilité, sans les rompre; mais vers la partie supérieure du lobe moyen *gauche*, j'entraînai avec l'arachnoïde une portion de la substance cérébrale adhérente à la pie-mère, dans l'étendue de deux pouces dans tous les

sens ; les circonvolutions cérébrales correspondantes étaient affaissées et tout-à-fait ramollies, jusqu'à un pouce et demi de profondeur ; cette mollesse était d'autant plus remarquable, que je n'ai jamais vu de cerveau plus consistant. Au centre de cette substance grisâtre et comme diffluente, était une espèce de foyer, du volume d'une noisette, d'un brun foncé, formé par du sang en partie épanché, en partie infiltré et mêlé à la substance cérébrale.

Réflexions. Ce fait est un nouvel exemple de méningite chronique, compliquée d'encéphalite consécutive de la substance grise. Il ne nous offre point cependant les attaques épileptiformes que nous avons remarquées dans les trois dernières observations ; mais on se rappelle que l'inflammation de la surface du cerveau donne lieu à des phénomènes spasmodiques, qui peuvent prendre des formes extrêmement variées. (Voyez troisième série, pag. 144.) Or, dans le fait qu'on vient de lire, ces phénomènes consistaient en des convulsions des membres, que nous avons rencontrées dans la plupart des observations de cette troisième série.

L'augmentation progressive du ramollissement du cerveau nous explique d'une manière satisfaisante les progrès graduels, mais rapides, de la roideur et de la paralysie des membres.

Ve. Observation.

Insolation, congestion cérébrale, monomanie ambitieuse bientôt suivie d'accès de manie. Ensuite, attaques d'épilepsie avec paralysie incomplète et affaiblissement graduel des facultés. Un an après, attaque apoplectiforme, coma, stupeur, fuliginosité des dents, dévoiement. *Méningite chronique légère et très-circonscrite, arachnitis aiguë avec suppuration à la face inférieure du cervelet, de la protubérance cérébrale et du commencement de la moelle épinière, hydrocéphale énorme des ventricules; rougeur intense de la membrane muqueuse du cæcum.*

Charles L***, musicien, âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament sanguin nerveux, d'un caractère vif, emporté, très-intéressé, appartenait à une famille dans laquelle il n'y avait jamais eu d'aliénés. Il avait eu plusieurs maladies vénériennes, à la suite desquelles il lui était survenu des dartres qui parcouraient tout le corps, s'effaçaient presqu'entièrement en hiver et reparaissaient en été. Dans le traitement de cet exanthème, il prit au moins cinq cents bains de vapeur, qu'il discontinua vers la fin de mai 1819; cette année les dartres ne sont pas revenues comme les précédentes.

Le 10 ou le 11 du mois d'août 1819, M. L*** alla se promener à la campagne au moment où le soleil était extrêmement ardent. Après s'être beaucoup plaint de la chaleur, il porta ses mains à la tête, les y tint long-tems sans dire un mot, paraissant privé de la parole. Au bout de quelque tems, il recouvra la faculté de parler; mais la prononciation était embarrassée, la démarche lente et mal assurée, les facultés troublées. Le délire ne tarda pas à survenir. Le malade était dominé par des idées de richesse et de grandeur; il croyait avoir des sommes

immenses; il y avait peu de suite dans ses idées; il se livrait à des actes fréquens d'extravagance, dépensait son argent sans motif, distribuait des pièces d'or, faisait des acquisitions tout-à-fait inutiles. Il était assez souvent agité, et se mettait en fureur à la moindre contrariété. Plus tard la parole devint plus libre; mais la progression resta chancelante.

Depuis le début de la maladie il s'était livré à la boisson. Vers le milieu d'août il fut saigné au bras, ce qui fut suivi d'une légère diminution de l'agitation.

Le 2 septembre 1819, il entre à la Maison royale de Charenton dans un état de manie violente. Il est sujet à des accès fréquens de fureur, dans lesquels il déchire ses vêtemens, brise tout ce qui lui tombe sous la main, et est à peine contenu par la camisole, qu'il parvient souvent à déchirer. Au milieu de ces accès, loquacité, incohérence générale dans les idées, bouleversement complet des facultés. Lorsqu'ils sont passés, le malade répond avec assez de justesse aux questions qu'on lui fait, proteste qu'il ne se livrera plus à aucun acte de fureur, et ne délire sur aucun sujet; mais ses facultés sont très-faibles, ses idées confuses et bornées; sa face amaigrie offre une contraction particulière, qui semble indiquer une souffrance intérieure; la parole est lente, la démarche mal assurée. (Tisane d'orge, potions anti-spasmodiques, émulsions avec huit ou dix grains d'extrait de jusquiame, sangsues à l'anus à plusieurs reprises.)

Pendant cinq mois environ le malade est sujet à des alternatives d'accès de fureur et d'intervalles de calme irréguliers; les accès deviennent ensuite plus rares, les momens de tranquillité et de lucidité plus longs, et la

raison finit par se rétablir; mais les facultés restent extrêmement affaiblies. La mémoire est presque oblitérée : le malade oublie la plupart des événemens qui se passent tous les jours sous ses yeux; il ne peut se livrer à aucun travail intellectuel qui exige une attention soutenue, des réflexions ou des raisonnemens.

Sa figure présente un état de contraction habituelle; ses mouvemens sont lents, gênés, à demi paralysés.

Il a quelquefois des tremblemens dans les mains; la démarche est chancelante, la prononciation difficile; il passe la plus grande partie de son tems à jouer au billard ou à se promener dans le jardin.

C'est dans cet état que L*** sort de la Maison royale de Charenton le 21 janvier 1820; à cette époque, un flux hémorrhoïdal, auquel il était sujet, avait presqu'entièrement disparu.

Quinze jours environ après, il se livre à quelques excès de boissons, et est frappé d'une espèce d'attaque d'apoplexie, suivie de perte de connaissance, de tremblemens dans les membres et de soubresauts dans les tendons. Revenu à lui, les facultés sont très-faibles, les mouvemens beaucoup plus gênés. Le lendemain, il est ramené à Charenton, où l'attaque se renouvelle à plusieurs reprises et présente un caractère épileptiforme : perte subite du sentiment, chute, mouvemens convulsifs, écume à la bouche, face gonflée et profondément altérée; retour assez prompt de la connaissance; mais les convulsions se prolongent beaucoup plus long-tems. Sept à huit jours après, les attaques consistent seulement en des convulsions sans perte de connaissance.

Le 31 mai 1820, il est dans l'état suivant : Face maigre, ayant une expression remarquable de souffrance;

nulle espèce de délire, mais affaissement très-considérable des facultés intellectuelles; mémoire extrêmement altérée; idées très-bornées, presque toujours relatives, soit à ses sensations actuelles, soit à ses besoins, mais très-rarement à l'état où l'a réduit sa maladie, à sa profession, à ses amis et à sa famille; état habituel de tranquillité et de calme; tête lourde et embarrassée, céphalalgie fréquente, mouvemens à demi paralysés; démarche lente et chancelante; parole gênée.

Il est atteint dès-lors d'attaques épileptiformes qui durent de cinq minutes à un quart d'heure, et se renouvellent presque tous les jours.

Pendant toute l'année 1820, les attaques se répètent très-souvent d'une manière irrégulière, toujours avec les mêmes symptômes; l'affaiblissement des facultés augmente progressivement, et vers le milieu de l'année le malade est dans un état de démence : Face maigre, habituellement couverte d'une sueur grasse et huileuse; sensations confuses et en quelque sorte passives; il parle peu, excepté pour demander des alimens ou sa sortie de la maison; la mémoire est tellement abattue, qu'il demande sans cesse le même objet, croyant ne l'avoir pas encore demandé. Il oublie souvent le nom des personnes qu'il voit tous les jours, des infirmiers qui le servent, le numéro de son lit, etc. Il ne peut plus se promener seul dans le jardin comme il faisait autrefois; il ne sort pas de la salle; tantôt il reste assis à côté du pied de son lit, tantôt il se promène lentement, en traînant les jambes; plaintes très-fréquentes d'éprouver de violens maux de tête, pour lesquels on lui fait souvent mettre des sangsues au cou et on lui administre des lavemens purgatifs; parole lente, embarrassée; bégaie-

ment, et quelquefois intervalle assez long entre les mots; régularité parfaite des fonctions nutritives; faim insatiable.

Dans le mois de décembre, quinze attaques en peu de jours, qui se répètent à peu d'intervalle et sont suivies d'une augmentation considérable de la paralysie et de la démence. Bégaiement extrême, impossibilité de se soutenir sur ses jambes, écoulement involontaire des urines, sphère des idées extrêmement bornée.

Le 8 janvier 1821, attaque apoplectiforme pendant la nuit. A cinq heures du matin, suspension complète du sentiment et du mouvement, point de convulsions épileptiques comme dans les précédentes attaques. (Saignée abondante du cou, qui ne produit aucun effet; six heures après, forte saignée du bras, qui n'est également suivie d'aucune amélioration.)

Le 9, il ouvre les yeux et paraît apercevoir confusément les objets, sans les distinguer; il fait quelques mouvemens lorsqu'on crie à ses oreilles ou qu'on le pince; carphologie, qui cesse par momens et revient ensuite; aphonie. (Sinapismes aux pieds et ensuite sur la poitrine, diète.) Hoquet très-fort, qui dure quelques heures et revient d'une manière irrégulière; respiration stertoreuse et très-bruyante, peau chaude, pouls fort et fréquent.

Le 10, continuation de la plupart des symptômes, un peu plus de sentiment; coma, dont on peut le retirer en le pinçant, ou lui parlant à haute voix, mais dans lequel il retombe un moment après. (Sinapismes aux genoux.)

Le 11 et le 12, même état.

Le 13, yeux ouverts, connaissance; il regarde les

objets, et lorsqu'on lui parle, il fait, mais en vain, des efforts pour répondre; il laisse entendre cependant quelques sons mal articulés et inintelligibles; il meut les membres supérieurs, dont il se sert pour prendre ses draps et pour saisir les vases qu'on lui présente; point de mouvemens convulsifs, hoquet très-fort et qui dure long-temps; de temps en temps toux; respiration fréquente et bruyante, chaleur naturelle de la peau, pouls fréquent, langue sèche et brunâtre, dents et lèvres fuligineuses. (Trois bouillons, lavement purgatif, tisane d'orge.) Point d'assoupissement.

Le 14, il entend bien ce qu'on lui dit, parvient deux ou trois fois à prononcer quelques mots d'une manière distincte; figure hébétée, regard inexpressif, hoquet plus rare, toux, efforts pour parler; le soir, agitation passagère, qui oblige de lui tenir les mains liées.

Le 15, amélioration de tous les symptômes; il peut prononcer un plus grand nombre de mots; lèvres et dents moins fuligineuses.

Le 16, cessation du hoquet, connaissance complète, langue ayant sa couleur naturelle, pouls fréquent, ventre un peu tendu, diminution de l'abattement. (Décoction de quinquina, deux vermicelles, trois bouillons.)

Le 21, dévoiement, deux escarres au sacrum, facultés extrêmement affaissées; perte complète de mémoire, embarras de la langue, parole lente et entrecoupée. Jusqu'au 26, même état; mais augmentation des symptômes abdominaux.

Le 27, dévoiement extrêmement abondant, ventre un peu douloureux au toucher, chute des escarres, qui ont mis à découvert deux plaies profondes. (Décoction

blanche de Sydenham, trois pots.) Attaque épileptiforme.

Le 28 et le 29, affaiblissement progressif, état d'assoupissement avec les yeux ouverts; continuation des autres symptômes.

Le 30, affaiblissement considérable; il conserve la connaissance, entend les questions qu'on lui fait, et répond quelques mots lorsqu'on l'interroge; face décomposée et jaunâtre, respiration avec la bouche entr'ouverte, langue rouge sur sa face supérieure, dévoiement continuel et très-abondant qui lui fait rendre les liquides peu de temps après les avoir pris; suppuration abondante et fétide de la plaie, qui est très-large et pénètre jusqu'au sacrum; pouls petit et fréquent, extrémités un peu enflées.

Les trois jours suivans, augmentation de la plupart des symptômes, état de stupeur.

Le 4 février, mort.

Ouverture cadavérique.—État extérieur. Embonpoint médiocre, plaie profonde et très-étendue au sacrum.

Crâne. Arachnoïde non épaissie, excepté dans une petite étendue, le long de la grande scissure sur l'hémisphère gauche, endroit où elle est adhérente à la substance encéphalique; partout ailleurs elle tient d'une manière ferme à la surface cérébrale, sans lui être adhérente, et on ne peut en détacher que de petits fragmens. La pie-mère est sèche, non infiltrée et un peu injectée. Les circonvolutions cérébrales sont rapprochées, et les anfractuosités peu marquées à l'extérieur.

Après avoir enlevé toute la masse encéphalique de la cavité qui la contient, on voit, à la face inférieure du cervelet, de la protubérance cérébrale et du commen-

cement de la moelle vertébrale, une couche de pus, d'une couleur jaunâtre, qui occupe toutes ces surfaces, contraste d'une manière frappante avec la couleur de la pulpe encéphalique, et diffère peu, par ses caractères physiques, de celui qui se forme dans le tissu cellulaire; il est cependant moins blanc, il a assez de consistance, point de cohésion, et forme une couche presque d'une ligne environ d'épaisseur entre l'arachnoïde et la substance du cerveau. L'on n'aperçoit point la pie-mère dans les endroits où le pus existe. Indépendamment des endroits dont il vient d'être parlé, on en voit sur la substance qui se trouve derrière la réunion des nerfs optiques et qui donne insertion à la tige pituitaire et dans le sillon qui sépare la protubérance du lobe moyen. Dans cet endroit, le parenchyme cérébral est ramolli d'une manière sensible; la substance encéphalique est ferme. Les ventricules latéraux sont tellement distendus par la sérosité, qu'ils ont acquis plus du double de leur capacité naturelle, et que ce fluide s'écoule avec jet au moment où l'on ouvre ces cavités; leur surface est couverte d'une multitude de granulations très-sensibles à la vue.

Quatre onces environ de sérosité sont épanchées à la base du crâne; une petite quantité de ce liquide sort par le trou vertébral.

Thorax. Poumons parfaitement sains, cœur plus volumineux que le poing du sujet, les parois du ventricule droit ayant à peine le quart de l'épaisseur de celles du gauche, qui sont très-fermes.

Abdomen. L'estomac est extrêmement rétréci et retiré sur lui-même, les rides de la muqueuse sont très-prononcées. L'intestin grêle est sain; la muqueuse du cœcum présente une couleur rouge très-foncée, uni-

forme, tirant sur le brun. Celle du colon est injectée dans l'étendue de trois pouces environ; plus loin il n'y a nulle altération. Tout le reste du gros intestin est extrêmement dilaté.

Les autres viscères sains.

Réflexions. Cette observation, très-compliquée, est d'autant plus intéressante qu'elle nous offre en même temps plusieurs altérations de nature différente, qui se sont toutes présentées avec une physionomie propre, capable d'en faire reconnaître, jusqu'à un certain point, la coexistence et les rapports. Nous y trouvons, dans les différentes époques de la maladie, des symptômes de méningite chronique, d'épilepsie, d'hydrocéphale interne chronique, d'arachnitis aiguë de la base de l'encéphale, et de fièvre adynamique.

Parcourons successivement ces phases diverses de l'observation.

Au début, le malade, après avoir été frappé par un soleil très-ardent, est atteint subitement d'une congestion cérébrale, qui se manifeste d'abord par la perte de la parole, et, quelque temps après, par un embarras de la prononciation et de la démarche. Le délire ne tarde pas à survenir : partiel d'abord, et borné à des idées de grandeur et de richesse dominantes, il ne tarde pas à devenir violent et général; ce qui nous montre que la congestion sanguine de la pie-mère et du cerveau est accompagnée d'une inflammation de l'arachnoïde. Or,

nous avons rencontré à l'autopsie un épaississement des méninges sur l'hémisphère gauche, le long de la grande scissure du cerveau, ainsi qu'une multitude de granulations dans les ventricules.

Il est d'autant plus difficile de nier que c'est à ces causes que sont dus les accès de manie auxquels le malade a été sujet pendant six mois, que ce dérangement de l'intelligence n'a été précédé d'aucune passion, d'aucune affection morale qui ait pu avoir de l'influence sur la production de la maladie. D'ailleurs, les symptômes de celle-ci ont suivi de si près les phénomènes de congestion, qu'il est difficile de faire dépendre les uns et les autres de causes différentes.

Nous attribuons la cessation des accès de manie à la disparition de l'irritation du cerveau. Le reste de l'observation ne nous offre plus aucune trace d'agitation, ni de délire ambitieux. Aussi, la méningite chronique était-elle partielle, peu intense, bornée à une petite étendue, et tout nous prouve qu'elle n'a existé que dans les premiers temps de la maladie. Mais à quelle altération doit-on rapporter la faiblesse de l'intelligence, la gêne des mouvemens, les tremblemens des membres, qui survécurent à l'aliénation mentale ? Tous ces phénomènes indiquant une compression du cerveau, nous pensons qu'ils dépendaient d'une certaine quantité de sérosité déjà épanchée dans les ventricules latéraux, par suite de l'inflammation chronique de la membrane séreuse qui tapisse ces cavités, phénomène

qui est si fréquent dans les phlegmasies du même système. La suite de ces réflexions donnera plus de poids à ces dernières idées.

Le malade jouissait, depuis un mois environ, de la raison et de la liberté, lorsqu'il se livre à des excès de boisson, et est frappé, bientôt après, d'une attaque apoplectiforme, avec perte de connaissance et mouvemens convulsifs des membres. Après cette attaque, les facultés sont plus foibles, les mouvemens beaucoup plus gênés. Tous ces symptômes sont du même ordre que les précédens, dont ils ne sont qu'un degré plus considérable ; ils indiquent donc une augmentation de congestion séreuse dans les ventricules.

Mais à quelle lésion doit-on rapporter l'attaque elle-même dont le malade a été frappé ? La question n'est pas facile à résoudre : cependant il nous paraît très-probable que ces phénomènes dépendaient de l'irritation subite du cerveau au moment où une plus grande quantité de sérosité était exhalée dans les ventricules. Quelle autre lésion pourrait avoir déterminé cette attaque ? Est-ce une hémorrhagie cérébrale ? Mais l'autopsie n'a montré aucun épanchement sanguin. Est-ce une congestion cérébrale ordinaire ? Mais les symptômes de compression du cerveau, qui suivent celle-ci, se dissipent, dans la plupart des cas, au bout d'un intervalle de temps assez court, tandis que, dans l'observation présente, ils ont persisté sans interruption.

Depuis l'attaque dont nous venons de parler, le

malade éprouve; pendant onze mois environ, à des intervalles très-rapprochés, des accès épileptiformes, caractérisés par une perte subite de connaissance, avec des secousses convulsives et l'écume à la bouche. A chaque attaque, la paralysie incomplète des membres inférieurs et de la langue augmente, les facultés s'affaiblissent davantage. A la fin de cette époque, le malade est dans un état complet de démence. Les réflexions que nous avons faites sur la première attaque sont applicables à celle-ci. Nous n'y reviendrons pas; mais nous demanderons s'il est possible d'attribuer les attaques dont nous venons de parler, à la disposition organique inconnue dans sa nature, qui détermine l'épilepsie essentielle. Nous ne le pensons pas; car celle-ci ne laisse après elle aucune paralysie générale ou partielle, complète ou incomplète, tandis que, dans le cas présent, nous voyons une gêne des mouvemens volontaires et un affaiblissement de l'entendement, qui augmentent à chaque attaque. Ces attaques dépendaient donc de la même cause que la paralysie incomplète. Or, le raisonnement prouve que ce dernier symptôme est le résultat d'une compression successivement croissante du cerveau, et l'ouverture du cadavre a démontré qu'une énorme quantité de sérosité distendait les ventricules. Chaque attaque paraissait donc occasionée par la sérosité, qui, au lieu de s'accumuler, comme dans la plupart des cas, d'une manière uniforme et progressive, affluait plus ou moins subitement dans les ven-

tricules latéraux. Cependant la cause de ce symptôme était très-difficile à reconnaître; car l'épilepsie symptomatique dépend souvent, comme nous l'avons vu, de l'inflammation consécutive de la substance grise; elle est quelquefois produite par une tumeur cancéreuse dans le cerveau, etc. Nous regardons, en général, l'épilepsie comme l'effet d'une irritation cérébrale, qui se répète périodiquement, et qui dure peu de temps, quelle que soit d'ailleurs sa cause organique.

Enfin, trois semaines avant sa mort, le malade fut subitement atteint d'une attaque, avec suspension complète du sentiment et du mouvement, sans convulsion des membres. Le deuxième jour, la sensibilité revint d'une manière légère. Dès ce moment, une nouvelle série de symptômes vint se joindre aux précédens : la fièvre s'alluma, la respiration devint stertoreuse et bruyante, un hoquet très-violent tourmenta le malade. Le troisième jour, coma, qui cesse par le pincement. Le quatrième, impossibilité de parler, retour du mouvement volontaire des membres supérieurs, langue sèche et brunâtre, dents et lèvres fuligineuses, fièvre. Ces symptômes continuent jusqu'au septième jour, tantôt avec des exacerbations, tantôt avec des rémissions. Dès cette époque, il survient un dévoiement continuel et extrêmement abondant, qui dure jusqu'à la mort. Deux plaies profondes succèdent à la chute d'escarres au sacrum; et le malade succombe le vingt-sixième jour après l'attaque apoplectiforme.

Dans ce dernier stade de la maladie de L***, on reconnaît facilement deux maladies différentes : une, cérébrale, qui a précédé, et l'autre, abdominale, qui est survenue peu de temps après la première. L'ouverture du cadavre a prouvé que celle-là était une arachnitis aiguë avec suppuration à la face inférieure du cervelet, de la protubérance cérébrale et du commencement de la moelle vertébrale, et que celle-ci était une inflammation de la membrane muqueuse du cœcum. A l'aide de quels symptômes aurait-on pu, dans le cas présent, s'élever jusqu'au diagnostic de l'inflammation aiguë de l'arachnoïde ? D'après l'état actuel des connaissances pathologiques, il ne nous paraît pas qu'on puisse encore répondre à cette question d'une manière satisfaisante. Il est vrai que les intéressantes recherches de MM. Martinet et Parent ont à-peu-près prouvé que, dans l'arachnitis de la base du cerveau, il n'y a ordinairement ni délire ni agitation chez les *adultes*, mais principalement un état d'affaissement et de stupeur. Dans l'observation dont il est question, ces derniers symptômes pouvaient dépendre de l'augmentation de l'hydropisie des ventricules consécutive à l'inflammation de leur membrane séreuse, ou être purement sympathiques, et tenir à la phlegmasie cœcale dont L*** était atteint. Ainsi, tout se réunissait chez le malade pour rendre le diagnostic de cette affection cérébrale difficile ou même impossible.

Quant à l'inflammation de la membrane muqueuse

du cœcum, il se présente quelques questions relativement à sa cause : Est-elle survenue accidentellement? A-t-elle été produite par l'inflammation de l'arachnoïde? A-t-elle exercé une influence sur celle-ci? Quoique ces questions ne soient pas faciles à résoudre, nous sommes cependant disposés à croire que l'état de la tête a pu contribuer à la phlegmasie cœcale. En effet, nous avons vu cette dernière survenir sans autre cause appréciable, et succéder à l'arachnitis de la base, dont l'attaque apoplectique a été un des premiers symptômes. Au reste, les symptômes gastriques dont l'inflammation du cœcum a été accompagnée ont été si tranchés, qu'il n'a pas été difficile de les rapporter à leur cause organique.

Il résulte des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, qu'on peut distinguer cinq périodes à l'observation précédente. La première est celle de l'insolation et de la congestion cérébrale, dans laquelle il y a eu afflux du sang dans les vaisseaux du cerveau et de la pie-mère; la seconde est marquée par l'inflammation partielle des méninges et l'arachnitis ventriculaire, lesquelles ont donné lieu aux phénomènes de la monomanie ambitieuse et de la manie; la troisième, occasionée par l'arachnitis de la séreuse des ventricules et par l'accumulation consécutive de la sérosité dans leur cavité, est caractérisée par les attaques épileptiformes et l'affaiblissement progressif des mouvemens et de l'intelligence; la quatrième, déterminée par l'inflammation

de l'arachnoïde de la base du cerveau et du cervelet, se manifeste par une attaque apoplectiforme, un état de stupeur et d'affaissement; et enfin, la cinquième, due à l'inflammation de la membrane muqueuse du cœcum, se distingue par la sensibilité et la tension du ventre, la fuliginosité des dents et des lèvres, et un dévoiement excessif.

VIe. Observation.

Plusieurs attaques de paralysie; peu de temps après, délire ambitieux avec violence par momens; plus tard, démence, assoupissement habituel, paraplégie. *Méningite chronique des hémisphères; tumeur fibreuse dans l'hémisphère droit; ramollissement du cerveau autour de la tumeur.*

Jean-Pierre B***, âgé de soixante ans environ, blanchisseur, appartenant à une famille saine, ayant la tête très-faible, avait éprouvé en 1815 de mauvais traitemens de la part des troupes alliées, et avait été frappé, peu de temps après, d'une attaque de paralysie, qui depuis s'est renouvelée à plusieurs reprises. Dès cette époque, son esprit s'affaiblit et bientôt ses facultés se dérangèrent d'une manière notable: un délire ambitieux se manifesta; il se croyait beaucoup plus riche qu'il ne l'était réellement, voulait faire de grandes entreprises, se marier, etc. Il était souvent agité et se livrait à des actes de violence pour la moindre contrariété. Cet état a continué, la paralysie qui existait dans les premiers temps a augmenté progressivement; aujourd'hui le malade a la bouche contournée, parle avec difficulté et marche avec peine. (Depuis l'origine, saignée du pied, plusieurs applications de sangsues à l'anus.)

Le 30 janvier 1819, il entre à la Maison royale de

Charenton : il parle beaucoup par momens; sa démarche est chancelante, sa prononciation assez difficile; il peut cependant se promener dans les cours de son quartier.

A la fin de février, augmentation de ces symptômes. (Moxa à la nuque.)

Le 12 mars, facultés extrêmement faibles, idées ambitieuses point dominantes; le plus souvent état de calme; difficulté très-grande de marcher et même de se soutenir sur ses jambes : il ne peut faire quelques pas dans sa chambre sans s'appuyer; lorsqu'il est assis, il ne peut se lever à moins qu'on ne l'aide; excrétion de l'urine et déjections alvines involontaires et continuelles, ce qui oblige à mettre la blouse au malade; intégrité parfaite des fonctions nutritives.

Le 20 mars, augmentation du désordre mental, agitation violente depuis quelques jours; il casse tout ce qui se trouve dans sa chambre. (Camisole.)

Depuis cette époque, les progrès du mal sont rapides; il cesse de pouvoir se soutenir sur ses jambes; lorsqu'on lui fait des questions, il ne répond jamais que par monosyllabes; il n'a plus aucune espèce d'idée ambitieuse, et tout fait penser que le cercle de ses idées est extrêmement borné; il n'est pas possible de tirer de lui une réponse un peu étendue; la langue est trop embarrassée pour prononcer les mots les plus courts; la parole est traînante; il mange beaucoup; continuation des autres symptômes.

Cet état offre très-peu de changemens pendant le mois d'avril, et empire dans le mois de juin.

Pendant le mois de juillet, face sans mouvemens et tout-à-fait sans expression, yeux incertains et vagues, langue tremblante, point de réponse aux questions :

qu'on lui fait, excepté dans quelques momens, où il dit qu'il va bien; état de stupeur et de coma habituel dont on le fait sortir avec peine, et dans lequel il retombe bientôt; d'ailleurs, mêmes symptômes.

Le 30 juillet, perte subite de connaissance, face livide, respiration fréquente et bruyante (saignée de la jugulaire, que l'on renouvelle le lendemain matin); le soir de ce jour, la connaissance revient un peu, il répond à quelques questions qu'on lui fait; mais l'embarras de la tête est extrême; la face devient livide, la respiration s'embarrasse davantage; bientôt il ne peut plus répondre à la moindre question, ni même manifester par quelque signe qu'il comprend ce qu'on lui dit.

Dans la nuit du 2 août, mort.

Autopsie cadavérique. — Habitude extérieure. Cadavre de cinq pieds cinq pouces, poitrine large et bien conformée, membres gros et garnis de muscles épais.

Crâne. On voyait à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère droit du cerveau, une tumeur qui avait environ la moitié du volume du poing ou la grosseur d'un gros œuf; elle était logée dans la substance du cerveau, et ne dépassait que de quelques lignes sa surface extérieure; mais il était très-facile de la distinguer de celle-ci à cause de son tissu plus ferme, de sa couleur et de la manière tranchée dont elle était terminée; elle était allongée d'avant en arrière, aplatie de haut en bas, arrondie dans sa circonférence; elle avait environ trois pouces de longueur sur un pouce d'épaisseur, qui diminuait vers les bords. Cette tumeur était enfoncée dans la substance cérébrale de telle manière, qu'on n'apercevait à l'extérieur que sa face supérieure; sa face inférieure et la partie inférieure de sa circonférence étaient en con-

tact immédiat avec le parenchyme encéphalique ; sa face supérieure était adhérente dans toute son étendue à la dure-mère ; mais avec un léger effort il était facile de l'en détacher ; dans cet endroit, la surface interne de la dure-mère était inégale et rugueuse ; la partie supérieure de la circonférence était unie, mais d'une manière lâche, à la pie-mère et à l'arachnoïde.

Autour de la tumeur, la substance cérébrale était tellement ramollie, qu'elle était coulante, surtout la portion qui était en contact immédiat avec elle ; un peu plus loin elle avait à-peu-près la consistance de la bouillie; elle était filante et visqueuse, et avait d'ailleurs sa couleur ordinaire ; ce ramollissement s'étendait à-peu-près à un pouce de toutes parts ; il était moins considérable vers la surface du cerveau que dans son intérieur.

Après avoir fendu cette tumeur dans toute sa longueur, on voyait la surface de sa section qui avait une couleur mêlée de blanc et de rouge ; sa consistance était à-peu-près égale à celle du foie ; sa ténacité était beaucoup plus considérable ; elle criait sous l'instrument qui l'incisait ; elle paraissait formée de fibres blanchâtres, convergentes, se dirigeant de la circonférence vers le centre, très-résistantes, et d'un tissu entremêlé avec les fibres et d'apparence spongieuse ; son organisation ressemblait à celle du testicule.

L'arachnoïde et la pie-mère étaient très-épaissies et beaucoup plus résistantes qu'à l'ordinaire sur la convexité des hémisphères cérébraux ; celle-ci était très-rouge, très-injectée et infiltrée de sérosité ; il y en avait beaucoup à la base du crâne et dans le canal rachidien. Les ventricules en étaient distendus ; leur surface offrait beaucoup de granulations qu'on apercevait facilement ; le ventri-

cule gauche contenait un kyste rempli de sérosité de la grosseur d'une amande.

Tout était sain dans le *ventre* et dans la *poitrine*.

Réflexions. Cette observation nous offre avec la méningite chronique manifestée par ses symptômes ordinaires, le délire ambitieux et l'agitation, deux complications dont l'existence était difficile à soupçonner.

C'étaient une tumeur fibreuse qui avait son siége dans l'hémisphère droit du cerveau, et un ramollissement de la substance blanche environnante. Il y avait dans cette observation des signes suffisans pour indiquer que la méningite chronique était compliquée avec une autre affection, mais insuffisans pour faire connaître de quelle nature était la complication. Ces signes étaient : le peu d'intensité des idées ambitieuses, qui finirent bientôt par disparaître totalement; la paralysie des membres inférieurs, qui devint complète deux mois après l'entrée du malade, et surtout l'état habituel de stupeur et de coma dans lequel il était plongé.

Mais, demandera-t-on, pourquoi la paralysie était-elle générale au lieu d'être bornée au côté gauche, puisque la tumeur fibreuse n'occupait que l'hémisphère droit? Pourquoi le ramollissement de la substance blanche qui environnait cette tumeur n'avait-il pas donné lieu à des phénomènes spasmodiques, comme on le remarque si souvent dans les encéphalites? Quant à la première question, nous

répondrons qu'indépendamment de la tumeur, le cerveau était comprimé par la sérosité qui infiltrait la pie-mère et par celle qui distendait les ventricules, et que cette compression étant par conséquent générale, la paralysie devait l'être également. Quant à la seconde, nous dirons que le ramollissement ne produit souvent d'autre effet que la paralysie, surtout chez les vieillards, et principalement quand le cerveau est fortement comprimé : car alors ses fonctions sont anéanties et il ne peut plus répondre aux irritations dont il est le siége. C'est ce qu'on observe dans la plupart des hémorrhagies cérébrales compliquées d'encéphalite consécutive.

SIXIÈME SÉRIE.

Sommaire des Observations de la sixième Série.

Toutes les Observations de cette Série présentent les symptômes propres à la méningite chronique, dans la première période ou le commencement de la seconde. Elles se sont terminées par une amélioration très-marquée des symptômes de la maladie ou par une guérison complète.

Première Observation.

Aménorrhée, deux attaques de congestion cérébrale ; bientôt après, monomanie ambitieuse, avec agitation et paralysie générale et incomplète; au bout de quinze jours, retour de la raison ; peu de temps après, deux autres attaques de congestion, suivies des mêmes symptômes. A l'époque de sa sortie, intégrité de la raison, avec paralysie incomplète.

Mademoiselle Sophie C***, ouvrière en linge, âgée de trente-quatre ans, appartenait à une famille saine. Elle était d'un tempérament sanguin, d'un caractère vif, gai, timide et très-sensible.

Elle n'était pas réglée depuis un an environ, lorsque, vers la fin d'avril 1818, elle fut frappée, à quelques jours d'intervalle, de deux attaques apoplectiques, qui furent suivies d'une paralysie incomplète de tout le côté droit du corps. Ces symptômes s'étaient dissipés en partie, et le seul trouble des facultés qui se fût manifesté était une diminution notable de la mémoire; mais vers le milieu de juillet, la malade fut prise tout-à-coup, et sans cause nouvelle appréciable, d'un délire caractérisé par des idées de richesse et de grandeur. Elle possédait des sommes immenses et voulait faire la fortune de toutes les personnes de sa connaissance; elle était la cousine de Louis XVIII, etc. Elle était agitée, parlait ou criait sans cesse et ne dormait pas. La prononciation était difficile et la marche mal assurée.

C'est dans cet état qu'elle entra à la Maison royale de Charenton, le 23 juillet.

Au bout de quinze jours environ, après l'application de sangsues à l'anus et l'administration de potions anti-

spasmodiques, le délire disparut, mais les facultés restèrent faibles et la langue embarrassée.

Vers le milieu d'août, elle eut une attaque, dans laquelle elle perdit incomplètement connaissance. Immédiatement après, prononciation plus difficile, parole lente et bégayée, démarche plus chancelante, retour de la monomanie ambitieuse : elle est la Duchesse d'Angoulême; elle possède de grandes richesses, etc. Elle parle beaucoup; mais elle répond d'une manière assez raisonnable aux questions étrangères à son délire. (Sangsues à l'anus.) Au bout de quelques jours, le délire disparut, la paralysie incomplète diminua, mais ne cessa pas complètement.

Pendant le reste du mois d'août, elle eut deux attaques semblables à la précédente. Chacune fut immédiatement suivie du délire ambitieux et d'une augmentation de la paralysie.

Il y avait un mois environ que la raison était rétablie, lorsque la malade sortit, le 20 octobre, de la Maison royale de Charenton pour être transférée à la Salpêtrière; mais la prononciation était toujours difficile, la démarche mal assurée, et les facultés faibles.

Réflexions. Les observations des cinq premières séries et les remarques qui les accompagnent, nous ont, je crois, suffisamment éclairé sur la nature de la méningite chronique, pour expliquer les phénomènes de l'observation précédente, quoiqu'elle ne soit point suivie de l'autopsie cadavérique.

La malade qui en fait le sujet n'était pas réglée depuis un an, lorsqu'elle fut frappée de deux atta-

ques de congestion sanguine dans les vaisseaux du cerveau, mais surtout de la pie-mère. L'injection de cette membrane s'étant dissipée en grande partie, Mademoiselle Sophie C*** se rétablit, à l'exception d'une diminution de la mémoire. Quelque temps après, la congestion augmenta et s'accompagna d'une irritation de l'arachnoïde, et par conséquent du cerveau; de là, le délire ambitieux, l'agitation, et les symptômes de paralysie incomplète et générale. Cette irritation ne tarda pas à se dissiper; mais la congestion de la pie-mère ne fit que diminuer sans disparaître; l'arachnoïde cérébrale commença sans doute aussi à s'épaissir, et celle des ventricules à exhaler de la sérosité dans ces cavités. Alors le délire et l'agitation cessèrent, mais les mouvemens restèrent à demi paralysés.

Plus tard, la malade eut trois autres attaques de congestion, avec irritation de l'arachnoïde, qui furent suivies chacune des mêmes symptômes, c'est-à-dire de monomanie ambitieuse, d'agitation et d'une augmentation de la paralysie. Lorsqu'elle sortit de Charenton, elle jouissait de sa raison; mais l'embarras de la prononciation et de la démarche nous indique que les fréquentes attaques dont elle avait été atteinte avaient donné lieu à une congestion permanente, à un épaississement de l'arachnoïde et à un épanchement de sérosité dans les ventricules, altérations qui n'auront pas tardé sans doute à renouveler l'inflammation des méninges, et, par une suite nécessaire, l'irritation du cerveau.

IIe. Observation.

Excès de boissons; attaque de congestion cérébrale, suivie de monomanie ambitieuse, avec agitation et paralysie incomplète ; cinq mois après, retour de la raison, diminution considérable de la paralysie; un mois plus tard, augmentation de ce dernier symptôme. Sortie.

Louis-Philippe F***, vigneron, âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste, d'un caractère vif, emporté et très-intéressé, avait toujours joui d'une bonne santé. Son grand-père était mort dans un état de démence; son père avait succombé à une attaque d'apoplexie.

Il avait depuis long-temps l'habitude de la boisson, lorsqu'il fut atteint, à la fin de juillet 1818, d'une attaque, dans laquelle il perdit connaissance. Il recouvra bientôt l'usage de ses sens, mais il ne tarda pas à tomber dans un état de monomanie ambitieuse, accompagné d'une paralysie générale et incomplète : il se croyait immensément riche; il possédait des tonnes d'or et d'argent, on allait le nommer général, etc. Il était exalté, parlait beaucoup, ne dormait pas, et était même violent quand on le contrariait. Il prononçait avec beaucoup de difficulté, et chancelait en marchant. Bonne santé physique, faim insatiable.

F*** resta à peu près dans le même état jusqu'au 26 octobre 1818, où il fut conduit à la Maison royale de Charenton.

Pendant le mois de novembre et la moitié de décembre, il resta dans une agitation continuelle. Il allait, venait sans cesse, sans rester un instant à la même place; il parlait, criait, chantait sans interruption. Des idées

ambitieuses le dominaient exclusivement, et le jetaient dans une gaîté et un contentement perpétuel. Il se croyait un grand homme; il possédait vingt-cinq milliards, vingt-cinq tonnes de cidre, etc. La mémoire était très-affaiblie; il répondait souvent avec quelque suite aux questions étrangères à son délire; continuation des autres symptômes. On lui fit appliquer deux fois des sangsues à l'anus.

Au milieu de décembre, l'agitation et le délire diminuèrent beaucoup. Vers la fin du mois, retour de la raison. Quand on l'interrogea sur sa famille et sa fortune, il répondit qu'il était vigneron, et qu'en travaillant il vivait dans l'aisance; mais qu'il disait des folies, quand il se croyait général d'armée, millionnaire, etc.; et vers le milieu de janvier 1819, il ne lui restait de son ancien état qu'un très-léger embarras de la langue, qui le faisait hésiter en prononçant certains mots. La paralysie incomplète des membres inférieurs s'était dissipée.

Le 28 janvier, prononciation plus gênée et plus lente, bégaiement de temps en temps.

Le 30, langue très-embarrassée, parole très-difficile, démarche chancelante, sentiment d'engourdissement dans les membres, face altérée, céphalalgie, nul trouble dans les idées. (Vingt sangsues à l'anus, lavement purgatif.)

Le 31, même état. (Vésicatoire au cou, lavement purgatif.)

Le 8 février, langue plus libre.

Le 16, augmentation de la gêne de la prononciation.

Le 1er mars, même état. Le malade sort le 21 de la Maison de Charenton, ayant la parole lente, entrecou-

pée et tremblante, et la démarche chancelante. Il croit être parfaitement bien et parler sans difficulté; il jouit d'ailleurs de toute sa raison.

Réflexions. Cette observation a une ressemblance trop frappante avec celle qui la précède, pour que nous revenions sur les explications que nous avons données; contentons-nous de dire un mot des différences qu'elles présentent.

F*** dut l'attaque de congestion dont il fut atteint à des excès de boissons; chez lui, l'inflammation de l'arachnoïde fut plus vive que chez Mademoiselle Sophie C***; aussi le délire, l'agitation et la paralysie furent-ils plus considérables et beaucoup plus durables. Les deux premiers symptômes ne cessèrent qu'au bout de cinq mois, et lorsque le malade sortit, sa démarche et sa prononciation étaient très-gênées. Si l'on fait attention que la paralysie, au lieu de diminuer par l'emploi des émissions sanguines, fit au contraire des progrès très-sensibles, on sera très-porté à penser qu'elle dépendait uniquement, chez lui, de l'épaississement de l'arachnoïde et d'une certaine quantité de sérosité déjà épanchée dans les ventricules ou infiltrée dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère, au lieu que, chez Mademoiselle Sophie C***, elle tenait à ces causes, plus à une congestion sanguine.

IIIe. Observation.

Chagrin, mélancolie ; sept ans après, nouvel accès de mélancolie ; trois ans plus tard, nouveaux chagrins suivis d'aliénation ; bientôt monomanie ambitieuse, gêne dans la prononciation et la démarche, violence par momens ; un mois et demi après, guérison parfaite.

M. Joseph C***, ancien négociant, âgé de trente-sept ans, a un caractère vif, réfléchi, sérieux et même triste, et un esprit rempli de bizarreries. Une de ses tantes est dans un état d'aliénation. Il a toujours montré un goût particulier pour les grandes entreprises. Il a été armateur et a fait des affaires considérables dans lesquelles il a rarement réussi.

En 1810, il forma un établissement de commerce à Hambourg, et le gouvernement lui confia la construction des corvettes de l'état. En 1812, il fut chargé par un général d'escompter des billets de banque anglais, qui se montaient à une somme considérable. Il en avait changé un grand nombre, lorsqu'il apprit de Londres que ces billets étaient faux ; ce bruit se répandit bientôt à Hambourg et y excita une émeute. M. C*** eut à peine le temps d'échapper à la fureur populaire, qui se porta alors sur ses magasins et ses chantiers de construction, qu'elle ravagea. Dès-lors il se trouva ruiné ; le chagrin qu'il en éprouva le jeta dans un état de mélancolie : il croyait qu'on l'avait impliqué dans une conjuration et qu'il serait bientôt mis à la torture, etc. Cet état dura plus d'un an et diminua ensuite progressivement.

En 1817, il éprouva un chagrin très-vif d'être mis en prison pour le paiement d'un billet qu'on lui avait

fait signer par tromperie. Peu de temps après, nouvel accès de mélancolie, peur de la police, crainte d'être arrêté, agitation dans laquelle il brise et casse tout. Au bout d'un mois de séjour dans la maison de M. le docteur Esquirol, le malade revint à son état naturel.

En 1820, M. C*** intenta un procès contre M. S***, ancien ministre de la police, et un de ses chefs de division, qu'il regardait comme la cause de la perte de sa fortune pour les faux billets de banque anglais qu'ils l'avaient chargé d'escompter au nom du gouvernement français. Son affaire, après avoir passé par les tribunaux, fut renvoyée au conseil-d'état. Elle exigea de lui une foule de démarches qui ne laissèrent pas que de lui donner beaucoup d'inquiétude. C'est à ces causes réunies qu'on attribue la rechute du malade, qui eut lieu vers le milieu de l'année 1820. L'aliénation débuta par des accès nerveux dont on ne put pas connaître le caractère, mais qui furent suivis d'un appétit très-vif. Il reprit des forces et de l'embonpoint : sans délirer d'une manière très-manifeste, il donnait divers signes d'égarement d'esprit. Il disait des sottises à tout le monde et il demandait de l'argent à ceux qui ne lui en devaient pas. Vers les premiers jours de septembre 1820, l'aliénation ne fut plus équivoque. Elle roulait entièrement sur des affaires d'intérêt ; il se croyait très-riche et s'imaginait avoir fait des armemens qui lui rapporteraient des sommes immenses : il faisait des bons de 15,000 francs ; il s'occupait sans cesse à écrire des lettres dans lesquelles il demandait ses billets de banque, son cabriolet et son domestique ; il n'y avait pas de suite dans ses actions et très-peu dans ses propos ; sa langue était épaisse, il prononçait avec une certaine difficulté ; il chancelait sur

ses jambes, ce qui l'obligeait souvent de s'asseoir; il tombait même quelquefois et son corps était penché à gauche. Il n'avait fait aucun acte de violence jusqu'au 20 septembre, où il brisa et déchira plusieurs objets dans un accès de fureur; il coupa sa redingotte pour en faire une veste; prit sa femme à la gorge pour l'étrangler, etc.; maux de tête, appétit très-vif, constipation.

Le 27 septembre il fut conduit à la maison royale de Charenton dans un état plus satisfaisant; le délire était plus circonscrit et la paralysie incomplète à peine marquée. Au bout d'une quinzaine de jours environ, pendant lesquels M. le docteur Bleynie, médecin adjoint, lui fit mettre à deux reprises des sangsues à l'anus, le trouble des idées et l'embarras des mouvemens avaient presque entièrement disparu. Le malade fut rendu à sa famille le 9 novembre, parfaitement guéri.

Réflexions. Dans cette observation, les symptômes de méningite chronique étaient beaucoup moins marqués que dans les deux précédentes; ce qui tenait à ce que le malade n'avait pas eu d'attaques de congestion cérébrale. L'injection de la pie-mère, avec irritation de l'arachnoïde, était survenue d'une manière lente, sous l'influence d'une prédisposition héréditaire et constitutionnelle très-forte; car les deux accès de mélancolie dont le malade avait été atteint à l'époque où il commença à présenter des symptômes de méningite chronique, étaient d'une nature différente de cette dernière maladie, comme nous le prouverons plus tard, et

ne doivent être considérés que comme en ayant puissamment favorisé le développement.

La cessation du délire et de la paralysie au bout d'un mois et demi environ, après l'emploi des émissions sanguines, nous montre qu'il ne s'était pas encore fait d'épanchement séreux dans les ventricules, et que l'aliénation et la difficulté des mouvemens ne dépendaient que de la congestion sanguine et de l'irritation des méninges.

IVe. Observation.

Étourdissemens, suivis de monomanie ambitieuse, avec trouble général des facultés et exaltation; un mois après, agitation, gêne dans la prononciation et la démarche, de temps en temps micturition involontaire; amélioration après des émissions sanguines; ensuite, retour graduel des facultés, guérison.

M. Ignace-François K***, âgé de 35 ans environ, ancien secrétaire d'un ministre, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste et replète, d'un caractère très-vif, exalté et même emporté, avait toujours eu beaucoup d'orgueil et une très-haute opinion de lui-même; il avait d'ailleurs beaucoup d'intelligence et d'esprit: il avait été militaire pendant plusieurs années, et avait fait les campagnes de Dalmatie et d'Italie; il s'était toujours livré d'une manière immodérée aux plaisirs vénériens.

Au commencement de 1820, il devint sujet à des étourdissemens et à des bourdonnemens d'oreille; son caractère changea d'une manière sensible, la moindre chose l'exaltait et le mettait en fureur.

Le 4 mai, il perdit le sommeil et tomba dans un état de monomanie. Il se croyait très-riche, faisait de grands projets, achetait des chevaux, des cabriolets, des voitures. Il fit deux cents billets d'invitation pour son mariage, qui devait avoir lieu incessamment avec une demoiselle immensément riche ; en même temps il parlait beaucoup et avait un appétit vorace.

Le 12, il entra chez M. Belhomme, où l'on employa sans succès les sangsues et les bains.

Le 12 juin, il fut conduit à la maison royale de Charenton : à cette époque son esprit était entièrement dominé par des idées ambitieuses. Il avait des trésors immenses et jouait avec des millions comme d'autres avec de gros sous ; il en distribuait à ses amis et à tous ceux qui étaient assez heureux pour le connaître. Rien ne lui était impossible, il composait cent cinquante tragédies en un jour, et il avait bâti en deux jours le palais du Roi de Rome. Il était le fils de Jupiter, et il allait souvent en ballon le visiter dans l'Olympe, etc.

Toutes ces idées extravagantes étaient assez liées et absorbaient le malade, sans laisser la moindre place à des idées d'un autre ordre ; sa figure, ses gestes, ses paroles indiquaient le contentement le plus complet ; il parlait sans cesse avec beaucoup d'exaltation et de chaleur, riait, chantait, se moquait de tout le monde, et saisissait souvent des aperçus piquans : il n'avait pas un moment de repos ; il cherchait avec soin les petits cailloux dont il remplissait ses poches, parce qu'il était persuadé que c'étaient des diamans.

Il prononçait avec peine certains mots, sa démarche n'était pas sure sans être chancelante. Le 13, il chanta, parla toute la nuit, et fut si agité le matin, qu'on lui

mit la camisole ; le soir, il était plus calme et répétait avec emphase des phrases sur les dieux et la patrie, qu'il disait être des vers de tragédies. Son état n'offrit aucun changement essentiel pendant la fin du mois de juin et le mois de juillet ; il était dans une exaltation continuelle et non violente, et n'était occupé que de lui-même, de sa naissance divine, de ses œuvres, de ses dignités et de sa fortune ; il se promenait sans cesse dans les cours, déclamant avec une emphase extraordinaire des phrases incohérentes, où les noms de Patrie, Dieu, bonheur, revenaient sans cesse ; tout cela était des poèmes et des tragédies.

Sa démarche et sa prononciation étaient un peu embarrassées, il était sale et malpropre, et lâchait souvent son urine dans son lit ou ses vêtemens ; on lui fit appliquer à deux reprises des sangsues à l'anus, qui produisirent un peu de soulagement (en même temps, bains et émulsions avec huit ou dix grains d'extrait de jusquiame) ; l'appétit était insatiable. Dans les premiers jours d'août, l'état de M. K*** s'améliora d'une manière très-sensible, l'exaltation diminua beaucoup, le délire ambitieux devint moins incohérent et plus lié ; il commença à écrire, ce qu'il n'avait pu faire jusqu'alors.

Voici l'extrait d'une de ses lettres, qui peint très-bien le caractère et l'étendue de son délire.

« Monsieur, je ne puis pas vous laisser ignorer combien mon étonnement a été grand, quand j'ai appris de vous que ma détention à Charenton était pour cause de folie, parce que je me disais fils de Jupiter. Eh bien ! vous pourrez vous en convaincre en m'accompagnant dans l'Olympe. Croyez-vous que d'une naissance ordinaire, j'aurais toutes les connaissances scientifiques qui

ornent mon âme et mon cœur de toutes les fleurs de la plus sublime éloquence? Rendrais-je avec tant de véhémence, d'audace guerrière et furibonde, les hauts faits de toutes les républiques de la Grèce et de Rome, et aurais-je pu redonner à l'Iliade sa couleur primitive, sortant du génie de Kanki, qui a vécu plusieurs millions de siècles avant le déluge d'Ogigès. Une seconde heure me suffit pour faire une épopée embrassant l'histoire universelle de la Grèce, de Rome et de cette grande et généreuse France; le même temps pour exécuter un tableau d'une immense et prodigieuse dimension. Je crois avoir suffisamment justifié ma naissance et constaté que Jupiter est mon père, et la divine Junon ma tendre mère. Je vous prierai donc, monsieur, de vouloir bien intercéder pour moi, pour me rendre à ma famille et à mes divins parens; je vous en aurai une divine reconnaissance, qui sera éternelle comme la vie des dieux. »

Vers le milieu d'août, la monomanie ambitieuse diminua beaucoup, le malade ne parlait plus de sa naissance et de sa fortune; mais il se trouvait un talent, un génie infinis, dont il était lui-même étonné; ses discours étaient assez suivis, souvent piquans et spirituels; il y avait encore un peu de gêne dans l'articulation de certains mots. (Quinze sangsues à l'anus). A la fin de ce mois, le délire ambitieux avait disparu, mais M. K*** ne parlait que de lui-même et se vantait beaucoup; la prononciation était très-libre; il y avait encore de l'exaltation dans les idées et les mouvemens. Ces derniers symptômes ne tardèrent pas à se dissiper entièrement.

Dans les mois de septembre et d'octobre, le malade

jouissait de toute sa raison, il était calme et très-raisonnable ; il se sentait une incapacité pour le travail, qui quelquefois le jetait dans un état de tristesse et lui arrachait des pleurs.

Il sortit enfin parfaitement guéri, le 22 octobre 1820.

Plusieurs mois après sa sortie, il tomba dans un état d'ennui, d'apathie et de tristesse, occasioné par le chagrin de ne pouvoir reprendre ses anciennes occupations. Il profita d'un jour où il était seul dans sa maison pour se couper le cou.

Réflexions. Le fait qu'on vient de lire, et qui nous présente un cas de guérison à-peu-près complète de méningite chronique, est bien plus remarquable que celui qui le précède, à cause de l'intensité et de la durée beaucoup plus grande des symptômes de la maladie. A l'époque où les accidens commencèrent à diminuer, M. K*** entrait dans la deuxième période de l'aliénation, celle de manie : il était très-agité et sans cesse dominé par les idées de fortune et de grandeur les plus extravagantes. Dans les momens de calme, sa prononciation était embarrassée, sa démarche peu sure et l'excrétion de l'urine involontaire. L'amélioration commença à devenir sensible après la première application de sangsues; mais elle fit des progrès rapides à la suite des secondes émissions sanguines.

Cette marche tend à nous prouver que l'inflammation de l'arachnoïde et la congestion de la piemère, qui donnaient lieu à ces symptômes, n'étaient

pas encore accompagnées d'exhalation séreuse abondante dans les ventricules du cerveau et dans le tissu de la pie-mère ; car les observations des séries précédentes nous ont prouvé qu'en général les épanchemens de cette nature ne diminuaient point par l'emploi des saignées.

Quoique le malade eût entièrement recouvré l'usage de sa raison et la liberté de ses mouvemens à l'époque de sa sortie de Charenton, cependant l'inaptitude pour le travail, dont il se plaignait, et qui plus tard le jeta dans une sorte de désespoir, nous montre qu'il y avait encore quelques reliquats de la méningite, et que M. K*** aurait eu besoin de passer encore quelque temps à l'hospice pour consolider sa santé.

Ve. Observation.

Attaque de congestion, suivie de mélancolie et bientôt de monomanie ambitieuse, avec gêne des mouvemens; pendant sept mois, agitation continuelle, idées ambitieuses sans cesse dominantes, avec embarras très-marqué, par momens, de la prononciation et de la démarche. Plus tard, guérison.

M. Pierre L***, employé, âgé de quarante-quatre ans, d'un caractère vif et emporté, avait un de ses frères qui était dans un état voisin de l'idiotisme ; il avait fait beaucoup d'excès en boissons et en femmes. En 1815, il fut atteint d'un accès de manie qui se dissipa complètement au bout d'un temps assez court. Il raconta qu'il avait eu dans les mois de mai ou de juin 1818, une attaque de paralysie dont les symptômes ne s'étaient jamais dissipés

complètement. Dans le courant de ce dernier mois, il tomba dans un état de mélancolie et d'hypochondrie, et il fut pris, au commencement de juillet, d'une monomanie ambitieuse, accompagnée d'une grande agitation; il avait cinq cent mille francs de rente; il était ministre, maréchal de France; il parlait beaucoup et avec une grande exaltation; mais sa prononciation était souvent très-difficile et bégayée, sa démarche était mal assurée.

Le 16 juillet, il entra à la Maison royale de Charenton. Pendant sept mois environ que dura son séjour dans cet établissement, il resta dans l'état suivant, qui offrit peu de changemens.

Il était dans une agitation continuelle, qui ne fut interrompue que par des instans passagers de calme.

Il parlait avec une grande exaltation, criait, chantait, poussait des vociférations, proférait des injures contre tout le monde. Aucun moyen ne pouvait le contenir: on lui mit plusieurs fois une mentonnière qui ne l'empêcha point de pousser des cris et de s'emporter; les punitions les plus sévères paraissaient ne faire aucune impression sur lui; la camisole, la blouse, la caisse de bois, le panier, les douches d'eau très-froide, les médicamens antispasmodiques à très-haute dose, rien enfin ne pouvait le calmer; il se mettait en colère ou même en fureur pour la plus légère contradiction, et menaçait de destitution, de punition sévère et même de condamnation à la peine de mort, les personnes qui lui résistaient ou qui paraissaient ne pas faire assez d'attention à ses paroles; dans ces cas il aurait frappé s'il n'avait été retenu par une camisole. Rarement quelques instans de calme succédaient à cet état orageux; mais lorsque le malade était tranquille, la moindre contrariété, et quel-

quefois la vue d'un employé de la maison ou d'un médecin le jetait promptement dans l'agitation la plus grande ; il avait la démarche chancelante, ce dont il était facile de s'apercevoir, quoiqu'il affectât souvent d'avoir une attitude imposante, une démarche fière, accélérée et menaçante : malgré la multitude des paroles qu'il proférait, il était facile de voir que sa langue était très-embarrassée, à la difficulté qu'il éprouvait à prononcer certains mots, à la lenteur de sa prononciation et au bégaiement ; il urinait souvent sous lui sans en avoir la conscience.

Le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué ; on ne pouvait faire sortir le malade un seul instant de son cercle d'idées exclusives, qui d'ailleurs conservaient assez de cohérence ; il ne répondait jamais que par *oui* ou par *non* aux questions étrangères à lui, à sa fortune, à ses dignités, et il ramenait à l'instant la conversation sur ce sujet. Dans le commencement la monomanie était moins étendue : il avait quinze mille livres de rente, il était le directeur de la maison, et en cette qualité il voulait destituer tout le monde et surtout ceux qui lui résistaient. Bientôt il ne voulut plus d'honneurs aussi minces ; il était directeur général du trésor de France, et avait 300,000 francs de rente. Enfin il devint ministre, et roi même. Il croyait tous les jours qu'on avait reçu l'ordre de le faire sortir ; qu'un bel équipage l'attendait à la porte de la maison pour le conduire à son hôtel ; en conséquence, il s'emportait violemment contre ceux qui le retenaient si injustement. Il promettait des sommes immenses à ceux qui le laisseraient sortir. Il écrivait un grand nombre de lettres, faisait des bons pour des millions à toucher sur le trésor royal, et les

donnait à ceux qui lui promettaient sa liberté ; à cette époque, sa fortune s'accrut tellement, qu'il possédait 30 millions de rente. Sa générosité augmentant dans les mêmes proportions, il donnait des billets de 100 mille francs, de deux, trois ou quatre millions. Il faisait des constitutions pour la France, qu'il devait gouverner, promettait des grâces, de la fortune et des distinctions à ceux qui parlaient dans son sens. Ses lettres étaient toujours relatives à son délire : tantôt il contrefaisait l'écriture du directeur, tantôt celle du médecin, pour faire des certificats de guérison, des ordres de sortie, etc., etc. Au reste, son délire ambitieux offrait des changemens continuels : aujourd'hui il était ministre des finances, demain maréchal de France. Son appétit était si vorace qu'on était obligé de lui donner une double portion pour apaiser ses cris ; ce qui ne l'empêchait point de voler la nourriture des autres malades toutes les fois qu'il en trouvait l'occasion.

Pendant sept mois cet état ne présenta que des rémissions passagères, dans lesquelles il parlait avec plus de calme, toujours dominé par les mêmes idées. Il sortit enfin de la maison de Charenton, le 13 février 1819, pour entrer dans un autre établissement destiné au traitement des aliénés.

Au commencement de juin 1819, M. L*** écrivit au directeur de la maison de Charenton une lettre pleine de sens et de raison, dans laquelle il lui disait qu'il était enfin complètement rétabli de la cruelle maladie dont il avait été atteint ; et des personnes qui le virent quelque temps après, confirmèrent le rapport qu'il avait fait lui-même sur sa santé.

Réflexions. Cet exemple de guérison est plus frappant que les précédens, parce que le rétablissement de la raison a été complèt et durable. Le malade était à-peu-près dans le même état que celui de la quatrième observation, à l'exception que l'agitation fut beaucoup plus longue et plus violente.

Nous ne pouvons rien dire du traitement qui a été employé, ni de l'influence qu'il a pu avoir sur la guérison, parce qu'il n'y avait encore eu aucune espèce d'amélioration dans les symptômes à l'époque où M. L*** fut transféré de Charenton dans une autre maison d'aliénés.

VIe. Observation (1).

Céphalalgie, étourdissemens, onze attaques successives de congestion cérébrale qui se terminent par des mouvemens convulsifs; bégaiement; quelques jours après, monomanie ambitieuse; bientôt paroxysmes d'agitation violente et de bouleversement complet des facultés, revenant sous le type tierce; dans les jours d'intervalle, calme, idées ambitieuses dominantes, paralysie incomplète; à la suite de l'application d'un moxa, amélioration très-marquée; peu de temps après, cessation du délire, avec persistance de la paralysie incomplète.

Pierre-Étienne R***, garçon limonadier, âgé de trente-sept ans, d'une petite stature, assez replet, fut pris de convulsions à l'époque de la seconde dentition, et en est resté deux ou trois ans malade. Depuis il a joui d'une bonne santé, quoique l'on pense qu'il a contracté

(1) Communiquée par M. le docteur Robert Roche, médecin distingué, dont la science a eu à déplorer la mort prématurée.

des affections vénériennes : il a reçu plusieurs coups à la tête, par suite de chutes causées tantôt par des accidens, tantôt par des étourdissemens auxquels il est sujet.

Il y a cinq ans qu'il est marié, et sa femme a toujours remarqué qu'il avait la tête extrêmement faible; que la moindre chose le contrariait et l'affectait vivement ; il lui arrivait souvent de dire que si jamais il devenait malheureux, il se tuerait. Il est très-bon, mais vif, emporté, colère. Il a toujours eu le sommeil agité; il parle en dormant, et fait quelquefois des rêves effrayans. Il a eu, il y a huit mois environ, plusieurs attaques incomplètes de paralysie, qui se sont renouvelées onze fois dans l'espace de quinze heures. Il avait eu de grands maux de tête quelques jours auparavant, et ses étourdissemens habituels étaient devenus plus fréquens. Pendant les attaques, face rouge, contorsion des muscles de la face, mouvemens de succion très-fréquens; embarras de la langue, qui se change bientôt en une impossibilité complète de parler, malgré les efforts réitérés du malade pour articuler. Chaque accès se terminait par des mouvemens convulsifs des extrémités supérieures et inférieures, et par des pleurs. On lui a posé douze sangsues à l'anus; il n'a gardé le lit que deux jours, et a repris aussitôt son travail; mais il lui est resté un bégaiement, qui a insensiblement augmenté, surtout depuis quinze jours; quant à la faiblesse naturelle de son esprit, aux momens d'absence qui lui étaient familiers, on ne s'est point aperçu qu'ils aient fait de nouveaux progrès depuis la paralysie. Son bégaiement ayant sensiblement augmenté depuis quinze jours, on se moqua de lui samedi dernier (22 avril) chez le limonadier où il tra-

vaille; il fut vivement affecté de cette plaisanterie, et parut très-agité; il se promenait à grands pas dans la salle. Son maître l'engagea d'aller se reposer, et il rentra chez lui à neuf heures du soir.

Il avait l'air hagard, la démarche chancelante; il prononçait des paroles entrecoupées et laissait entre elles de longs intervalles; il disait qu'il voulait se détruire, parce que son maître l'avait renvoyé. Un instant après, il se mit en devoir de sortir, sa femme le retint et fit monter le portier, ce qui contraria beaucoup le malade, qui disait n'avoir pas besoin de lui, et qu'il n'avait pas peur de la mort. On le mit au lit, et on eut beaucoup de peine à l'y faire rester; de temps en temps il se découvrait et tirait les pieds hors de son lit. Il était taciturne, répondait difficilement, disait qu'il n'avait de mal nulle part, et refusait et alimens et boissons. Il s'endormit à six heures du matin; il eut un sommeil de vingt minutes, pendant lequel il transpira abondamment. A son réveil il jouit de sa raison, qu'il conserve pendant une demi-heure; il commence ensuite à délirer, et son délire s'étend d'heure en heure; il est très-riche, donne des millions à tout le monde, a un grand nombre de domestiques, se met souvent à la fenêtre pour les appeler; toute l'Europe lui appartient: il est roi, quelquefois même l'Être Suprême, mais c'est plus rare; il ne veut point s'habiller, passe la journée à écrire à son maître, à ses amis, pour les inviter à un grand repas qu'il donnera, et où il y aura cinquante à soixante personnes. Il se promène dans sa chambre, écrit dans des momens, danse, saute dans d'autres, et ôte sa chemise, seul vêtement qu'il ait. On lui propose un potage, qu'il accepte, mais il fait sauter le vase avec colère, et se met

à rire lorsqu'il le voit par terre. Cependant il a pris hier une douzaine environ de cuillerées de bouillon et un quart de verre de vin. Le soir, on l'habille de force pour le mener dans une maison de santé ; mais il ne demande à sortir que pour aller chez le Roi ou chez les ministres. Arrivé à cette maison, on ne peut l'y faire entrer, parce que ce n'est point un palais. Point de sommeil la nuit dernière, agitation continuelle des membres, loquacité; il veut caresser et embrasser tous ceux qu'il voit; il ne cherche point à faire de mal, et a oublié ses idées de suicide; il refuse de boire. Ce matin il a la bouche sèche, et boit sa tisane, qui consiste en limonade, en eau de veau ou en infusion de tilleul. Il conserve une connaissance parfaite de toutes les personnes qui l'entourent et de ses amis; du reste, il est dans le même état.

On lui a fait hier une saignée de pied, qui s'est ouverte dans la voiture par les efforts qu'il a faits pour en sortir.

État du malade à son entrée à la Maison royale de Charenton, le 24 avril 1820 : Face pâle, un peu jaunâtre, altérée, maigre, quoique encore assez pleine; conjonctives rouges, injectées; pouls plein, mais point fébrile; langue rouge, tendant un peu à la sécheresse; chaleur de la peau naturelle; paumes des mains moites; tranquillité; langue embarrassée; articulation des mots lente, très-difficile, très-pénible sur certains mots qu'il ne peut prononcer que d'une manière peu intelligible et en faisant une grimace particulière; réponses lentes, mais assez justes; lorsqu'il est question de sa santé, il dit d'un ton affirmatif qu'il *va bien, très-bien*; sur tout autre sujet incohérence des idées. Délire ambitieux, prédominance d'idées de richesse, de grandeur, qui

confirment de point en point les renseignemens précédens; démarche chancelante, sans fermeté et assez lente; mouvemens exécutés avec une sorte de calme et de lenteur, sans aucune précipitation. Le malade, malgré l'élévation de ses prétendues dignités, paraît fort doux et poli; ses manières sont affectueuses, et la première fois qu'il me voit, il me promet des millions, parce qu'il peut tout. Ses phrases ne contiennent qu'un petit nombre de mots; si ce n'est pour souhaiter le bonjour, il ne parle guère qu'on ne l'interroge. Son visage, arrondi, est assez agréable, il exprime la douceur et le calme; sa voix est également douce et naturelle. (Tisane d'orge.)

Le lendemain de son entrée, il est pris d'un accès d'agitation, qui s'est répété d'une manière à peu près régulière tous les deux jours pendant deux mois. Voici les symptômes qu'il présentait pendant ces paroxysmes: rougeur de la face, yeux brillans, rouges, injectés; pouls dur, serré, difficile à sentir par momens. Agitation excessive; mouvemens désordonnés, brusques, d'une violence inconcevable; la tête, le tronc, les membres, tout son corps enfin entrent en jeu de mille manières différentes, avec une violence toujours égale; il frappe les pieds contre terre, s'asseoit et se lève alternativement, jette sa tête sur ses genoux, la rejette en arrière, etc. Efforts considérables pour ôter la camisole ou briser le lien qui l'attache au mur. Loquacité, qui n'est interrompue que par des cris prolongés, fréquens, plus semblables à des rugissemens qu'aux sons de la voix humaine, et qu'on entend de fort loin; pleurs, ris, passage rapide et brusque des uns aux autres; redoublement de la difficulté de parler, à un point, tel qu'on n'entend que quelques mots, qui suffisent cependant

pour faire reconnaître l'incohérence la plus complète des idées. Malgré l'espèce de fureur avec laquelle il se livre à ses mouvemens désordonnés, il ne décèle aucune espèce de méchanceté, de colère ni de mauvaise humeur. Ces accès durent ordinairement vingt-quatre heures et quelquefois quarante-huit heures; on les a vus même deux ou trois fois se prolonger soixante-douze heures; il s'agite, parle et crie jour et nuit, à l'exception de quelques momens de relâche, qui sont très-courts, mais jamais complets; ainsi, par exemple, s'il ne s'agite pas il criera, et s'il ne crie pas il s'agitera. Pendant les deux premiers mois ils ont revenus avec une régularité à peu près invariable tous les deux jours; seulement on remarquait ordinairement que lorsque l'accès avait duré deux ou trois jours, il se passait le même laps de temps avant qu'il revînt.

Dans les jours d'intermittence il est calme et gai; quoiqu'il parle peu de lui-même, il paraît très-satisfait, il est toujours dominé par ses mêmes idées de grandeur et de fortune; il est capable de tout, rien n'est au-dessus de ses forces; il est Roi, Souverain, Dieu même, et il débite toutes ces extravagances avec un sang-froid, un air de franchise qui excluent tout soupçon d'amour propre et d'orgueil, et qui prouvent qu'il en est bien convaincu.

Dans de certains momens, il s'occupe d'objets relatifs à son état; il vante la bonne bierre, le bon café qu'il sert chez son limonadier, et nous promet de nous faire boire tout ce qu'il a de meilleur chez lui, et il a des quantités considérables de toutes sortes de liqueurs. Il ne paraît pas avoir perdu la mémoire de tout ce qu'il a connu autrefois; mais ce qui se passe autour de lui le

frappe peu ; et quoiqu'il connaisse bien nos figures, il a de la peine à retenir nos noms. La nuit, lorsqu'il n'est point sous l'influence d'un paroxysme, il dort d'un sommeil tranquille ; il mange en tout temps de fort bon appétit ; il éprouve assez souvent de la constipation, que l'on combat par les lavemens purgatifs.

Le 2 mai, on lui pose douze sangsues à l'anus ; on lui donne l'acide prussique à la dose de douze gouttes dans une potion, et on le porte graduellement jusqu'à vingt-six gouttes ; mais on le remplace le 22 juin par des potions tantôt anodines, tantôt antispasmodiques, et par l'extrait de jusquiame. Ces divers moyens ne paraissent avoir aucune action sur les paroxysmes ; on fait appliquer au malade un moxa à la nuque ; il le supporte sans se plaindre et sans donner de marques de beaucoup de sensibilité. Cet exutoire suppure très-abondamment ; lorsque la suppuration eut été établie pendant quelque temps, on commença à remarquer que les accès revenaient à de plus longs intervalles et n'observaient plus de périodicité ; après avoir resté huit et quinze jours sans revenir, ils reparaissaient à deux, trois ou quatre jours d'intervalle. Au commencement d'août, ils s'éloignèrent encore davantage.

R*** avait par moment des lueurs de lucidité ; il avait la conscience de son état, s'en affligeait, et pleurait quelquefois abondamment sur son sort ; il raisonnait assez juste par instans, demandait à retourner chez lui, à reprendre son travail, parce qu'il avait des enfans à soutenir. Il retombait cependant promptement dans ses idées habituelles : il lui arrivait encore de dire qu'il était dieu ; mais les attaques le quittèrent enfin tout-à-fait avec le mois d'août, pour ne plus reparaître du tout. Il

eut bien encore dans le mois suivant quelques accès irréguliers, de courte durée, durant lesquels il était agacé, irrité, agité, et ressentait des tremblemens légers dans les membres, mais qui ne pouvaient en rien se comparer aux paroxysmes antérieurs. Il conservait encore une partie de ses idées, mais il en parlait beaucoup plus rarement; bientôt il se mit à aider les infirmiers, à s'occuper, à lire même avec une sorte d'assiduité, et ces idées ne tardèrent pas à disparaître entièrement.

Lorsque R*** quitta Charenton, il y avait deux mois qu'il ne donnait plus de signe d'aliénation; il était très-doux, complaisant, officieux même. Sa santé s'était améliorée d'une manière sensible; sa marche, quoiqu'encore vacillante, s'était affermie; sa difficulté de parler avait beaucoup diminué, et il avait acquis un embonpoint général très-marqué. Son intelligence, sans doute, était bornée, faible; mais il est très-probable qu'il n'avait jamais eu beaucoup plus de jugement, et il était certainement en état de s'acquitter de tout ce qu'exigeait de lui la classe de la société à laquelle il appartient. Sa femme, en lui faisant savoir que son intention était de le placer à Bicêtre, lui causa un chagrin très-profond, qui le rendait très-triste, le faisait très-souvent pleurer abondamment, mais n'eut aucune influence fâcheuse sur sa raison. En sortant d'ici, il a été effectivement placé à Bicêtre.

On a commencé le 3 juillet à lui faire prendre des bains tièdes avec des fomentations sur la tête; il ne restait d'abord qu'un quart d'heure dans le bain, et ce n'est que progressivement qu'on l'y a fait rester le temps ordinaire; il en a pris pendant tout le reste de la saison. Lorsque le moxa fut séché on en appliqua un second,

qui suppura aussi fort long-temps, et que l'on remplaça par un séton, également à la nuque, qui était en pleine suppuration à la sortie du malade. Lorsqu'il fut question de séton, il dit qu'il ne le craignait pas, s'il devait lui faire autant de bien que lui en avait fait le moxa. Lorsqu'il présentait quelque signe de congestion vers la tête, avec rougeur de la face, on lui posait quelques sangsues à l'anus; on en obtenait toujours l'effet désiré.

Réflexions. Les exemples d'amélioration ou même de guérison de la méningite chronique que nous avons vus jusqu'à présent étaient relatifs à des observations dans lesquelles cette maladie était simple et exempte de complication. Il n'en est pas de même du fait qu'on vient de lire; il nous présente quelques uns des symptômes qui appartiennent essentiellement aux observations de la troisième série, savoir : des attaques convulsives nombreuses et des accès d'agitation violente, qui revenaient régulièrement sous le type tierce. Or, nous avons toujours vu ces phénomènes liés à une encéphalite consécutive de la substance grise des hémisphères. Il est donc à-peu-près certain que cette altération existait chez le malade qui fait le sujet de la sixième observation; et, quoique le délire se fût dissipé et que les accès n'eussent pas reparu depuis assez long-temps, lorsque cet individu fut transféré à Bicêtre, il est très-probable que la paralysie incomplète n'aura pas tardé à augmenter; que l'aliénation mentale aura de nouveau éclaté, et que le malade aura fini par succomber, soit à une forte attaque de conges-

tion cérébrale, soit à un état de prostration physique et morale complète, dernier terme où aboutit la méningite chronique, toutes les fois qu'il ne survient point d'accident ou de complication qui enlève prématurément les malades.

Si le sujet de cette observation était entré à Charenton six mois plus tard sans renseignemens, et qu'il eût été enlevé par une attaque apoplectique, après être resté un ou deux mois dans le même état où il était à l'époque de sa sortie de cet établissement, j'aurais été extrêmement embarrassé pour me rendre compte des traces d'encéphalite de la substance grise, qu'on aurait sans doute trouvées à l'ouverture du cadavre. Or, ce cas s'est présenté quelquefois. Des malades qui, pendant leur séjour à Charenton, n'avaient éprouvé aucun symptôme spasmodique, ont offert, après leur mort, des adhérences des méninges au cerveau. Ce point mérite d'être noté; il prouve que ce n'est point cette adhérence elle-même, mais bien le travail inflammatoire dont il est l'effet, qui produit les symptômes que nous avons indiqués, et que, lorsque cette inflammation se dissipe, l'adhérence ne donne lieu à aucun phénomène qui puisse en faire soupçonner l'existence. On pourrait jusqu'à un certain point comparer cette altération aux unions qui se forment si fréquemment à la suite des pleurésies, entre les plèvres pulmonaire et costale, et dont rien ne peut déceler l'existence, lorsque tous les symptômes inflammatoires se sont dissipés.

SEPTIÈME SÉRIE.

Observations d'aliénation mentale, qui se rapportent à la méningite chronique, extraites de divers auteurs.

Quoique la plupart des histoires particulières d'aliénation, avec autopsie, qu'on a publiées jusqu'aujourd'hui, soient fort incomplètes, et qu'on eût toujours plus ou moins négligé d'examiner avec soin les altérations des méninges, qu'on regardait comme des effets de la folie, ces lésions sont néanmoins suffisamment indiquées dans ces observations pour ne laisser aucun doute sur l'existence d'une méningite chronique. On en jugera par l'extrait que je vais faire de celles qui m'ont paru le plus importantes : les deux premières appartiennent à Littre et à Geoffroi ; les autres ont été recueillies par Chiarugi et M. Neumann, de Berlin (1).

I^e^. Obs. Un homme âgé de trente-quatre ans eut un accès de folie, pendant lequel il se donna dix-huit coups de couteau dans le ventre, parmi lesquels plusieurs étaient très-graves et pénétrans. Après avoir eu sept saignées

(1) Voyez aussi, page 140, six observations publiées par Meckel dans les Mémoires de l'Académie de Berlin, et qui auraient été mieux placées dans la septième série qu'à la fin de la seconde. Mais les dix premières feuilles de cet ouvrage étaient tirées lorsque des raisons de santé m'obligèrent d'en suspendre pendant plus d'un an l'impression. Je n'avais pas alors connaissance des observations de M. Neumann, et je n'avais pas pu me procurer l'ouvrage de Chiarugi.

de quatre palettes chacune, le malade finit par guérir au bout de deux mois et recouvra sa raison; mais dix-sept mois après, étant tombé dans un nouvel accès de folie, il se jeta dans la rue par une fenêtre du troisième étage et mourut sur-le-champ.

A l'ouverture du crâne, on trouva les os qui le composent fort durs et fort épais. La dure-mère et la *pie-mère étaient fort dures et d'un tissu très-serré.* La substance du cerveau avait beaucoup de consistance; celle du cervelet avait à peu près sa mollesse naturelle.

Je ne trouvai point de lymphe dans la cavité des ventricules du cerveau, ni dans celle des ventricules du cervelet (1).

IIe. Obs. Un homme qui avait passé sa vie dans des contentions d'esprit continuelles et qui avait abusé du vin et des liqueurs spiritueuses, eut pendant deux ans des accès de frénésie très-violens, et mourut d'un abcès au foie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une forte adhérence de la dure-mère au crâne; cette membrane était beaucoup plus épaisse et plus ferme qu'elle ne l'est ordinairement. La faux était presque partout revêtue de lames opaques, fort inégales et raboteuses, ayant dans quelques endroits deux à trois lignes d'épaisseur.

La pie-mère était *plus épaisse* qu'à l'ordinaire. Elle avait presque la fermeté qu'a coutume d'avoir la dure-mère dans d'autres sujets; on la levait avec facilité de dessus la substance du cerveau, même dans les anfractuosités, et elle était toute parsemée de vaisseaux san-

---

(1) *Littre*, in Mem. de l'Acad. des Sc., ann. 1705, p. 32.

guins gorgés de sang. Il y avait une sérosité assez abondante dans les ventricules. La substance du cerveau était fort desséchée et beaucoup plus ferme qu'elle ne l'est ordinairement ; celle du cervelet avait conservé sa consistance naturelle (1).

Chiarugi, médecin de Florence, a inséré à la suite de son Traité de la Folie (2) cent observations sur les différentes espèces d'aliénation mentale, parmi lesquelles cinquante-neuf sont accompagnées des détails de l'ouverture du cadavre. Cinq d'entre elles, relatives à l'épilepsie simple et à la mélancolie, n'offrent aucune altération bien manifeste du cerveau ni de ses membranes. Les autres, au nombre de cinquante-quatre, présentent toutes une infiltration séreuse plus ou moins considérable de la pie-mère, un épaississement des méninges, avec ou sans injection sanguine, et un épanchement de sérosité dans les ventricules. En outre, le cerveau était plus ferme que dans son état naturel, sur quinze cadavres ; il était plus mou sur trois ; et il avait à-peu-près sa consistance ordinaire sur trente-six.

J'ai choisi parmi ces observations quelques-unes de celles qui présentent de la manière la plus manifeste les lésions organiques et les symptômes de la méningite chronique. Elles méritent d'autant

(1) *Geoffroy*, Mém. de l'Acad. des Sc., ann. 1706, p. 509.

(2) *Della Pazzia, in genere e in specie, con una centuria d'osservazioni*, 3 vol. in-8°., in Firenze, 1794.

plus de confiance que Chiarugi leur attachait peu d'importance sous le rapport de l'étiologie de l'aliénation mentale. Ce médecin supposait que chaque partie du cerveau était douée d'un degré particulier de vitalité, différent de celui des autres parties. La folie dépendait, suivant lui, d'une augmentation ou d'une diminution de cette vitalité dans une ou plusieurs parties, en un mot, d'un dérangement d'équilibre (*sbilancio*) de la puissance nerveuse cérébrale. Il regardait la mollesse ou la fermeté du cerveau comme les effets de cette altération vitale. Mais le plus grand nombre des observations qu'il a décrites, dans lesquelles le cerveau offre sa consistance ordinaire, aurait dû le dissuader de cette hypothèse.

IIIe. Obs. Un jeune jardinier de vingt-quatre ans eut une fièvre rhumatismale inflammatoire, pour laquelle on assure qu'on n'avait employé que les émissions sanguines et les boissons délayantes. La fièvre se termina sans crise manifeste, et pendant la convalescence le malade, étant encore faible, fut assailli d'un accès de manie féroce. Admis à l'hôpital Royal, il fut soumis le premier jour à la douche froide, qui produisit un calme assez grand. Mais il tomba bientôt dans un état de stupidité. On lui donna alors journellement des bains chauds, et on lui appliqua successivement trois vésicatoires à la nuque. Il avait retiré de ces moyens quelque avantage dans le cours de l'automne; mais il fut de peu de durée, puisque dans l'hiver il retomba dans son premier état de stupidité, qui dura jusqu'à sa

mort, laquelle eut lieu dans un marasme lent, après dix-huit mois de maladie.

Ouverture du crâne. La dure-mère était très-injectée, ainsi que la pie-mère (1), qui était généralement recouverte d'une matière gélatineuse, et qui était si dure et si consistante, qu'on pouvait très-facilement l'enlever du cerveau sans la moindre lacération. Entre l'une et l'autre membrane il y avait une grande quantité de sang extravasé. Les ventricules latéraux et le moyen étaient pleins de sérosité; les plexus choroïdes volumineux, leurs vaisseaux variqueux et contenant des hydatides. La glande pinéale avait plus de volume et de consistance qu'à l'ordinaire, et était de couleur cendrée. La substance du cerveau était peu ou point altérée, à l'exception d'une injection considérable de ses vaisseaux. (Ouv. cité, tom. 3, p. 131.)

IVe. Obs. Une jeune femme de trente-quatre ans, ayant éprouvé de fréquentes hémorrhagies utérines, fut atteinte d'anasarque. On ne sait comment elle fut guérie; mais de quelque manière que cela soit, l'anasarque s'étant dissipée à la suite d'urines abondantes, elle devint maniaque, d'une manière inopinée. Conduite à l'hôpital sans aucun renseignement sur sa maladie antérieure, elle était dans une fureur modérée qu'on pouvait appeler une manie, avec un pouls petit et fréquent, une pâleur sensible et une insomnie à peine interrompue. Nous lui fîmes appliquer des vésicatoires aux jambes, et nous lui admi-

(1) Chiarugi écrivant à une époque où l'anatomie des membranes du cerveau était encore fort peu avancée, comprend sous le nom de pie-mère les deux méninges, c'est-à-dire l'arachnoïde et la pie-mère proprement dite.

nistrâmes de la limonade rendue nauséabonde avec une petite quantité d'émétique. Les vésicatoires changèrent à peine l'état naturel de la peau ; mais il survint de la stupeur, de la fièvre et des convulsions. Elle mourut avant le quatrième jour de son séjour à l'hôpital.

Ouverture du crâne. Il y avait une si grande quantité de lymphe dans le tissu des méninges et dans les ventricules, qu'on pouvait regarder cette femme comme atteinte d'hydrocéphale interne. Les vaisseaux de la cavité du crâne étaient un peu plus injectés qu'à l'ordinaire. Il n'y avait nulle autre altération dans les organes renfermés dans cette cavité. (Ouv. cité, tom. 3, p. 164.)

Ve. Obs. Un vieillard sexagénaire, d'un tempérament sanguin, d'une constitution sèche, d'un caractère emporté, religieux jusqu'à la superstition, d'ailleurs ignorant et grossier, devint aliéné pendant la chaleur de l'été, sans cause évidente. Il tenait des discours décousus, était dans une agitation continuelle, et maltraitait ceux qui contredisaient ses idées. Il s'imaginait tantôt qu'il était pape, tantôt roi, et sur ces sujets il raisonnait et jugeait en véritable imbécille. Il dormait peu, il avait le pouls faible et il mangeait avec une énorme voracité. Lorsqu'il fut transporté à l'hôpital royal il fut saigné sans aucun avantage. On lui donna des bains tièdes, des douches dirigées sur la nuque, des opiatiques et des purgatifs ; mais le tout inutilement, puisque le délire s'étendit et que le malade tomba dans un état complet de démence, sans accès maniaques ultérieurs. A la fin de l'hiver il perdit l'appétit, tomba dans un état de prostration qui obligea de le laisser dans son lit, où il fut atteint à plusieurs reprises d'accès épileptiques, qui finirent par dé-

générer en une véritable apoplexie. Malgré tous les moyens mis en usage, il succomba à cette dernière maladie.

Ouverture du crâne. La dure-mère était adhérente à toutes les sutures du crâne, et à sa face interne elle avait des attaches minces, mais très-dures avec la pie-mère. Une grande quantité de sérosité infiltrée dans cette dernière membrane existait sur les hémisphères. La substance du cerveau était plus consistante qu'à l'ordinaire. (Tom. 3, pag. 199.)

VI[e]. Obs. Une femme de trente-six ans, qui, six ans avant, était devenue maniaque à la suite d'affections morales, et qui depuis était toujours restée dans le même état, à la honte des moyens qu'on mit en usage, succomba à une attaque d'apoplexie, dans l'hôpital royal.

A l'ouverture du crâne, on trouva tous les vaisseaux pleins de sang. Une grande quantité de lymphe fluide existait dans le tissu des méninges. Elle était aussi abondante dans les anfractuosités, où elle était condensée sous forme de gélatine blanche. Les plexus choroïdes étaient pâles, le droit comme sphacelé et le gauche plein d'hydatides. La glande pinéale était petite et flasque. (Ouv. cité, tom. 3, pag. 193.)

VII[e]. Obs. Il y avait quelques années qu'un homme de soixante et treize ans, buveur, d'un tempérament sanguin, d'une constitution sèche et ruinée par des fatigues, après avoir éprouvé une forte lypothimie, était devenu imbécille. Il fut enfin atteint d'un accès de délire, qu'on pouvait en grande partie appeler maniaque. Les signes de pléthore cérébrale déterminèrent à employer les émissions

sanguines, les bains tièdes et les douches froides sur la nuque. Avec cette méthode, la manie se dissipa; mais il resta l'imbécillité à un degré plus avancé. Depuis lors, il fut atteint d'un marasme lent et succomba après trois mois de séjour à l'hôpital.

Ouverture du crâne. La pie-mère était épaissie par une lymphe dure infiltrée entre ses lames; et une grande quantité du même fluide, semblable à de la gélatine, était répandue sur les hémisphères du cerveau. Tous les vaisseaux de cette cavité étaient pleins de sang. La substance cérébrale était molle. Les plexus choroïdes étaient chargés d'hydatides et nageaient dans une lymphe assez liquide, qui remplissait les ventricules latéraux.

VIIIe. Obs. Un soldat d'environ quarante ans, sanguin, robuste, grand buveur, né de parens dans la famille desquels il y avait eu des aliénés, après une affection morale devint triste, taciturne, et quelque temps après maniaque. La rougeur des yeux et de la face, le pouls dur et fréquent, une force musculaire extraordinaire et une grande voracité étaient les symptômes concomitans de cette affection. Le malade avait conservé la mémoire; il reconnaissait les personnes, mais il parlait comme un insensé, marmotant souvent entre ses dents et avec une certaine difficulté, assez légère et temporaire. Il avait rarement de l'insomnie: on ne remarquait pas non plus en lui d'audace décidée; et quoiqu'il y eût dans son air quelque chose de fier, il montrait cependant de la crainte et de la timidité, et il cherchait à calmer sa fureur lorsqu'il était vu; lorsqu'il se trouvait seul, il déchirait ses vêtemens et il enlevait avec ses dents des portions considérables des planches qui formaient son lit. Il n'était vio-

lent contre les assistans que lorsqu'il était attaché. On fit usage des émissions sanguines, qui furent suivies d'une amélioration immédiate de courte durée, à cause de la reproduction d'une pléthore très-évidente qui exigeait de nouvelles saignées; de manière que dans tout le cours du printemps et de l'été il fut alternativement dans un état d'amélioration et d'accroissement des symptômes, qui étaient proportionnés à la diminution et à l'augmentation de cette pléthore. On fit encore usage en même temps de beaucoup de bains tièdes et de douches froides à la nuque. Vers la fin de l'automne, son état s'améliora au point qu'il pouvait se dire rétabli, sinon qu'il était resté dans cet état d'imbécillité qui est commun à ceux qui abusent du vin.

Un an après, pendant un hiver rigoureux, il fut de nouveau atteint de manie, pour laquelle on essaya avec quelque succès une saignée abondante. Après cela, il resta dans un état de démence et passa le reste de l'hiver assez tranquille. Dans un des premiers jours du printemps il perdit tout-à-coup l'usage des sens et de la volonté; son visage était d'un rouge livide, ses yeux fixes et éteints, sa respiration lente et stertoreuse, son pouls dur, mais petit et lent; en somme, il était véritablement apoplectique. Une forte saignée du bras, faite dans cet état, produisit un peu d'amélioration. On la répéta le lendemain à la jugulaire. Il reprit alors l'exercice de ses fonctions intellectuelles et volontaires; mais il resta dans un état de démence comme stupide, avec perte de mémoire, et il ne retira aucun avantage des bains tièdes ni des toniques. Il resta un an dans cet état et retomba dans un marasme qui alla de jour en jour en augmentant, et auquel se joignirent des convulsions et des tremble-

mens universels, et il succomba bientôt dans une attaque apoplectique.

Ouverture du crâne. La pie-mère était entièrement infiltrée de lymphe, et une grande quantité du même fluide était répandue entre elle et le cerveau. Tous les vaisseaux, et ceux des méninges et ceux du cerveau, étaient très-injectés de sang, et les sinus de la dure-mère en contenaient beaucoup qui était coagulé. Une lymphe très-abondante et liquide était contenue dans les ventricules latéraux, qui étaient très-dilatés en arrière et environnaient les couches optiques, en forme de poulie. Les plexus choroïdes étaient pâles et présentaient des hydatides. Enfin, la glande pinéale contenait des concrétions pierreuses, en forme de grains de millet. (Ouv. cité, tom. 3, pag. 142.)

IXe. Obs. Une veuve d'environ cinquante ans, à la suite de la mort de son mari, devint triste et vraiment mélancolique. Elle resta dix mois dans cet état. Mais ayant été saignée abondamment et à plusieurs reprises, elle tomba dans un état de stupidité et resta plusieurs jours sans rien manger. Plus tard, ses sens s'affaiblirent beaucoup, et elle fut apportée presque moribonde à l'hôpital, où, après cinq jours, elle fut prise de fortes convulsions et succomba.

Ouverture du crâne. Les deux méninges, mais surtout la pie-mère, étaient très-dures et très-épaissies. La substance cérébrale était molle; il y avait une grande quantité de lymphe extravasée entre la pie-mère et le cerveau; les ventricules en étaient pleins. Les plexus choroïdes étaient variqueux et contenaient des concrétions, de même que la glande pinéale. (Tom. 3, p. 115.)

M. Neumann, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, a publié récemment cinquante observations extrêmement incomplètes d'aliénation mentale, suivies de l'autopsie cadavérique (1). Sur ce nombre, deux sont relatives à des épileptiques, une à un idiot de naissance, et une autre à un malade affecté de cancer du cerveau, ce qui réduit à quarante-six celles qui ont pour objet des individus atteints de folie proprement dite.

Parmi ces quarante-six, dix se rapportent à des mélancoliques ou à des monomaniaques, dont l'ouverture du cadavre n'a offert aucune altération des méninges ni du cerveau (2), excepté trois individus, dont deux avaient ce dernier organe plus mou qu'à l'ordinaire, et l'autre plus dur.

Les autres observations, au nombre de trente-six, nous offrent toutes des lésions des méninges, dont plusieurs ne sont accompagnées d'aucune altération manifeste du cerveau. Ces lésions sont surtout très-évidentes et très-marquées dans vingt-trois observations. On en jugera par un certain nombre que je vais rapporter.

X^e^. Obs. Jean W***, âgé de quarante ans, manœuvre, autrefois adonné à l'eau-de-vie, fut reçu dans un état de violente phrénésie. Il mourut après cinq semaines, dans

(1) Voyez dans les Archives de Médecine, tom. 6, p. 424, la traduction de ces observations, par M. Riester.

(2) Ceci confirme nos idées sur la nature de la mélancolie, comme on le verra dans le second volume de cet ouvrage. Je n'ai fait que les indiquer ailleurs; voyez *Nouvelle doctrine des Maladies mentales*, p. 13.

un état de stupeur qui avait été précédé de symptômes apoplectiques peu marqués.

Le premier accès de sa maladie s'était montré à l'occasion d'un violent mouvement de colère dans l'ivresse. Plusieurs adhérences entre la dure-mère et l'arachnoïde épaissie, sous laquelle les circonvolutions étaient couvertes çà et là d'abondantes exsudations lymphatiques; les ventricules latéraux pleins de sérosité, et l'encéphale partout vide de sang.

XIe. Obs. Chrétien R***, manœuvre, âgé de cinquante et un ans, avait été frappé d'apoplexie au mois d'avril 1819, sans paralysie de muscles, mais avec perte de la mémoire et de la parole. Il ne savait plus que balbutier. Une nouvelle attaque d'apoplexie termina sa vie au mois de juin.

Le crâne était normal. Une grande quantité de sérosité était épanchée sur les deux hémisphères, entre l'arachnoïde et la dure-mère. Exsudations blanches gélatiniformes entre l'arachnoïde et la pie-mère; vaisseaux de cette dernière assez gorgés de sang. Beaucoup de sérosité dans les deux ventricules latéraux.

XIIe. Obs. Chrétien S***, postillon, âgé de trente-deux ans, tomba en phrénésie, sans cause connue. Les émissions sanguines, les affusions froides et les laxatifs eurent bientôt abattu l'intensité du mal; mais tout-à-coup il dégénéra en idiotisme. Le malade y resta deux ans. Mort après des accidens de colliquation et une violente diarrhée. Crâne très-épais, surtout en arrière. Une ponction fit écouler de la dure-mère une grande quantité de sérosité. Nulles traces de l'arachnoïde: une masse gélatini-

forme blanche occupait tout l'espace compris entre la dure-mère et l'encéphale, dont les circonvolutions étaient comprimées. Tous les ventricules gorgés de sérosité. Encéphale très-flasque, substance corticale d'une teinte blanche, masse encéphalique très-molle; l'eau sourdissait de tous les points de sa surface.

XIIIe. Obs. Un soldat, s'étant endormi au soleil, se réveilla dans un état de délire qui atteignit bientôt la plus haute intensité. Une fièvre violente s'était allumée chez lui, avec tous les signes de l'encéphalite. On réussit à sauver le malade, mais il devint idiot. La torpeur de toutes les facultés faisant de plus en plus des progrès, il eut une hydropisie générale. Plus cette hydropisie se développait, plus sa mémoire et son jugement revenaient, et ses facultés ne le quittèrent plus qu'à la mort. Cet état hydropique dura quatre semaines.

Dure-mère et arachnoïde collées ensemble en une membrane qui tenait au crâne d'une manière intime. Beaucoup d'eau épanchée sous les méninges, ainsi que dans les ventricules. Substance de l'encéphale ramollie partout.

XIVe. Obs. Jeanne B***, âgée de trente ans, était accouchée facilement et heureusement; mais la fièvre de lait, survenue quatre jours après, était dégénérée en un délire violent, furieux, pendant lequel la fièvre était nulle, tandis que les lochies et la sécrétion laiteuse continuaient à avoir lieu. Dix jours après l'invasion de la maladie, cette malheureuse fut amenée absolument sans connaissance à l'hôpital de la Charité. Elle jetait ses membres autour d'elle absolument sans aucun but,

murmurait ou marmotait des sons inarticulés, crachait autour d'elle. Pouls très-fréquent, mou et petit; œil éteint, à demi fermé; état soporeux.

Arachnoïde absolument opaque, solide et épaisse, presque autant que la dure-mère, avec laquelle elle avait contracté des adhérences çà et là. Vaisseaux cérébraux bien remplis de sang. L'utérus contenait une exsudation sanguine.

XVe. Obs. Catherine B***, âgée de soixante-dix ans, était souvent amenée à la Charité, pour tentatives de suicide par mélancolie, et renvoyée chaque fois qu'elle était redevenue calme et tranquille. Cinq mois avant sa mort, elle vint à l'hôpital dans une grande anxiété; elle ne parlait pas, courait continuellement çà et là, et refusait toute nourriture; bientôt elle tomba dans un état de marasme et mourut enfin tout-à-fait épuisée.

L'arachnoïde était épaissie, opaque et adhérente par plaques avec la dure-mère. Il y avait au-dessus d'elle, ainsi que dans les ventricules latéraux, beaucoup de sérosité.

XVIe. Obs. Chrétienne F***, âgée de trente et un ans, vivait dans la même anxiété, sans parler, et était aussi avide de se donner la mort. Peu à peu, son état dégénéra en une sorte d'absence de la conscience; elle avalait avec avidité les excrémens qu'elle venait d'évacuer. Elle mourut six mois après son entrée, dans un état d'épuisement complet.

Arachnoïde opaque, épaissie; épanchement de sang à droite, au milieu de la base du crâne, dans l'intérieur de la dure-mère; très-peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

XVIIe. Obs. Augusta M***, âgée de trente ans, fut très-gaie jusqu'à l'âge de vingt-sept, où elle tomba dans un état d'idiotisme, dont la cause resta inconnue. Elle riait toujours et ne remarquait autour d'elle que ce qui se rapportait aux alimens. Elle mourut d'épuisement.

Le crâne offrait un volume considérable et les os étaient très-minces. La dure-mère distendue ayant été incisée, il en jaillit une grande quantité de sérosité jaunâtre, qui se trouvait entre l'arachnoïde entièrement opaque et les circonvolutions. Les ventricules étaient aussi remplis d'eau.

XVIIIe. Obs. Frédéric P***, boutonnier, âgé de quarante-cinq ans, tomba tout-à-coup, au commencement d'avril 1821, dans une violente phrénésie, sans que la cause en pût être déterminée. Il sembla d'abord que le traitement antiphlogistique le guérirait, car après quelques jours de séjour à la Charité il eut du sommeil, et à son réveil il parla d'une manière suivie, quoiqu'avec effort; mais le 10 avril il tomba dans un état soporeux, et mourut le 12.

La substance de l'encéphale n'offrait rien d'irrégulier. Les ventricules vides de sérosité, les vaisseaux des plexus choroïdes assez vides de sang, de même que ceux de la pie-mère. La dure-mère était non-seulement attachée très-étroitement au crâne, mais il y avait des nappes gélatineuses considérables entre elle et l'arachnoïde. L'inflammation de cette membrane s'était aussi continuée dans le canal vertébral et y avait occasioné une exsudation très-abondante de sérosité sanguinolente, laquelle s'écoulait de cette cavité.

XIXe. Obs. L'ancien sacristain de la Charité ayant été renvoyé pour cause de libertinage et d'ivrognerie, se mit à boire de l'eau-de-vie en telle profusion, qu'il en tomba dans l'état de phrénésie le plus violent. Il était souvent affecté d'érysipèle et se montrait tranquille tant que durait cette éruption. Les excès auxquels il était enclin produisaient le même effet calmant sur son imagination déréglée. A la suite d'un grand abcès dans le creux des aisselles, qui avait resté long-temps ouvert, il se remit tout-à-fait et on lui permit de sortir sur sa demande. Mais quelques mois après, on le ramena dans un état d'idiotisme complet; il mouvait encore les membres, mais ne pouvait plus parler; depuis le cinquième jour de sa seconde entrée, tous ses membres étaient frappés de paralysie; il vécut encore six jours.

Tout le crâne était très-épais; la dure-mère ne lui adhérait point, elle était flasque et lâche; la masse encéphalique ne remplissait pas tout-à-fait sa cavité. Vaisseaux cérébraux vides de sang; entre l'arachnoïde et la pie-mère se trouvait une substance gélatiniforme. A droite de la faux du cerveau existait une extravasation sanguine de plus d'une demi-once. Substance médullaire très-molle.

XXe. Obs. Frédéric S***, domestique, âgé de trente-deux ans, vint à la Charité dans un état violent de phrénésie. Mort après quatre jours.

Entre l'arachnoïde et la pie-mère il y avait plus de six onces de sérosité sanguinolente, et les ventricules latéraux, larges et distendus, contenaient plus de quatre onces du même liquide. Point d'autre altération.

XXIe. Obs. Auguste de N***, mort à la Charité, à l'âge de trente-six ans, avait cru faire fortune dans la carrière militaire sans s'y être préparé en acquérant les connaissances nécessaires pour y réussir. Le résultat de sa détermination fut son appauvrissement et par suite l'égarement de sa raison. Il croyait d'abord être devenu un grand monarque; mais il tomba bientôt dans un état d'idiotisme de plus en plus complet, jusqu'à ce qu'une apoplexie vint le frapper et l'enlever en trois jours.

Le crâne était mal conformé à l'intérieur comme à l'extérieur. Il y avait en outre une exsudation gélatiniforme sous l'arachnoïde, et de la sérosité dans le quatrième ventricule.

XXIIe. Obs. Un boucher, âgé de quarante ans, resta pendant dix-huit mois un des maniaques les plus violens de la Charité. Il était furieux, criait, jurait, frappait; un instant après il était très-bien et racontait de longues histoires en rimes, dans lesquelles l'association des idées les plus disparates et sans aucun rapport entre elles était déterminée chaque fois par la concordance de la rime. Le malade était affecté d'amblyopie, et la pupille du côté droit était toujours dilatée, tandis que l'autre était contractée. Il devint peu à peu plus tranquille, s'approcha enfin de l'état de fatuité, et succomba à l'hydropisie qui était survenue en même temps.

Le crâne était irrégulier. La moitié droite de sa base était plus volumineuse que la gauche. La selle turcique était fortement déjectée dans ce dernier sens. La faux du cerveau était ossifiée en partie. Les vaisseaux de la pie-mère étaient injectés, et il y avait un petit épanchement

de sang sur l'occipital, à l'extrémité du lobe postérieur du côté droit; l'arachnoïde, partout épaissie, opaque et adhérente à la pie-mère sur beaucoup de points. Tous les ventricules remplis de sérosité; les circonvolutions des hémisphères grandes et larges, les anfractuosités superficielles, la substance médullaire beaucoup plus solide que de coutume, la corticale mince et pâle; la réunion des nerfs optiques beaucoup plus petite et plus pâle qu'à l'état normal.

Deuxième Partie.

DESCRIPTION

DE LA

MÉNINGITE CHRONIQUE.

J'ai présenté, dans la première partie, une collection d'histoires particulières de méningite chronique, propre à faire connaître toutes les variétés et toutes les nuances dont cette maladie est susceptible.

Ces faits et tous ceux que j'ai été à portée de recueillir, et qui n'ont pas dû entrer dans le corps de cet ouvrage, envisagés d'une manière abstraite et générale, vont maintenant nous servir à tracer la description de la maladie qui nous occupe. Cette description embrasse les causes de la méningite chronique, ses caractères anatomiques, son histoire générale, ses signes et son traitement.

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Avant de commencer l'exposition des causes de cette maladie, je dois dire quelques mots sur sa

nature, afin de prévenir une erreur dans laquelle pourrait jeter l'épithète de *chronique* que j'ai donnée à la méningite. Cette dénomination paraît indiquer que celle-ci est une des terminaisons de la méningite aiguë; or, nous ne possédons jusques aujourd'hui aucun exemple bien constaté de cette terminaison, et c'est en vain qu'on en chercherait dans les auteurs anciens et modernes. M. Montfalcon en révoque même en doute l'existence (1); et MM. les docteurs Parent et Martinet, qui ont publié cent quarante observations d'inflammation aiguë de l'arachnoïde (2), recueillies par eux ou extraites de différentes dissertations, ne l'ont jamais vue passer à l'état chronique; aussi, sans nier son existence, avancent-ils qu'elle doit être excessivement rare. Je partage l'opinion de ces auteurs; car je n'en ai pas vu d'exemple jusqu'à présent par moi-même, et, parmi plusieurs médecins qui s'occupent des maladies cérébrales, et à qui j'ai demandé des renseignemens sur cet objet, je n'en ai trouvé aucun qui eût observé cette maladie.

On lit, il est vrai, dans l'ouvrage de M. le professeur Lallemand sur le ramollissement du cerveau (3), quelques observations où il est question d'arachnitis chronique; mais on remarquera, d'un

---

(1) Dictionnaire des Sciences Méd., art. *Phrénésie*.

(2) Recherches sur l'Inflammation de l'Arachnoïde cérébrale et spinale, Paris, 1821.

(3) Recherches anatomico pathologiques sur l'Encéphale, Paris, 1821.

côté, que, dans tous ces faits, la lésion de l'arachnoïde était, en général, bornée à quelques points peu étendus de la surface du cerveau, et toujours compliquée avec une encéphalite, qui paraissait avoir été primitive dans quelques cas; et, d'un autre côté, que ces observations, malgré le peu de détails qu'elles contiennent sur les circonstances antérieures à l'entrée des malades dans l'hôpital, peuvent néanmoins se rapporter à la maladie qui fait le sujet de cet ouvrage, pour ce qui regarde la lésion des membranes du cerveau; ce qui doit nous faire présumer que la nature de ces deux affections est la même, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas succédé à une phlegmasie aiguë des enveloppes de l'encéphale.

La méningite chronique que je décris est donc une maladie particulière et essentielle, entièrement distincte de l'arachnitis aiguë, et de cette dernière maladie passée à l'état chronique, si toutefois elle est susceptible de revêtir cette forme. Le nom de chronique lui convient pour indiquer la lenteur de sa marche et sa durée, ordinairement fort longue, et non pour faire connaître le mode de son origine (1).

La méningite chronique a des causes prédisposantes, des causes occasionelles et une cause pro-

---

(1) La crainte de donner une fausse idée de cette maladie m'avait d'abord porté à lui appliquer un autre nom; mais après y avoir bien réfléchi, je n'en ai trouvé aucun qui exprimât mieux sa nature et son véritable caractère.

chaine ou efficiente. Décrivons successivement les unes et les autres.

Article premier.

Causes prédisposantes.

Les causes qui, par leur action lente et long-temps prolongée, rendent les malades plus aptes à être atteints de la méningite chronique, sont nombreuses et très-importantes à étudier, pour se faire une idée claire et complète de la nature de cette affection ; mais leur mode particulier d'influence sur le cerveau offre des variétés multipliées que nous tâcherons d'apprécier. Ces causes sont physiques et morales.

Première section.

Causes prédisposantes physiques.

Parmi ces causes, plusieurs exercent sur la production de la maladie une influence plus manifeste et plus frappante que la plupart des causes morales ; il serait cependant bien difficile de décider si elles concourent plus puissamment que ces dernières à son développement. Afin de les exposer avec plus d'ordre, nous les diviserons en deux espèces ; celles qui sont relatives à l'état de notre constitution et à l'action des objets extérieurs ou de nos propres fonctions sur nous-mêmes, ou causes prédisposantes *hygiéniques* ; et celles qui consistent dans l'influence

qu'exerce sur nos organes une maladie dont nous sommes atteints, ou causes prédisposantes *pathologiques*.

§. Ier. Causes prédisposantes hygiéniques.

1°. *Sexe.*

Le sexe, qui constitue en général une prédisposition bien faible à la plupart des maladies, doit être comptée au nombre des causes éloignées de la méningite chronique, qui tendent le plus à la faire naître. En effet, sur cent quatre-vingt-deux malades atteints de cette affection, que nous avons observés à la Maison Royale de Charenton, dans l'espace de cinq ans et demi, il y avait cent cinquante-huit hommes et vingt-quatre femmes; ce qui rend la proportion des premiers près de huit fois plus considérable que celle des secondes. On rend assez facilement raison de cette différence, quand on réfléchit que les causes les plus communes de la maladie qui nous occupe sont les chagrins occasionés par de grandes commotions morales, les excès de boissons, la suppression d'un flux hémorrhoïdal, les blessures à la tête, etc.; causes auxquelles les femmes sont généralement beaucoup moins exposées que les hommes.

2°. *Age.*

Tous les âges ne sont pas également sujets à la méningite chronique. Je ne l'ai jamais observée dans

l'enfance, ni de quinze à vingt-cinq ans; elle est fort rare de vingt-cinq à trente; mais depuis cette époque jusqu'à cinquante, elle est extrêmement fréquente; sa proportion est beaucoup moindre depuis ce dernier âge jusqu'à soixante. De soixante à soixante-cinq, elle diminue de moitié; passé cette époque, elle devient de plus en plus rare (1).

L'on voit d'après cela qu'elle ne survient point dans la période la plus orageuse de la vie, celle où l'homme, entraîné par la violence de ses passions, se livre si souvent à toutes sortes d'excès, tandis qu'elle se manifeste toujours à l'époque où il jouit de la plénitude de ses facultés et de ses fonctions; où, poussé par le désir d'établir sa famille, d'acquérir de la fortune, des honneurs et des places, il est essentiellement dominé par l'ambition, et exposé, par conséquent, à tous les chagrins qui succèdent à des espérances bien souvent trompées, et souvent aussi à des malheurs de tous les genres.

3°. *Tempérament et Constitution.*

La plupart des malades atteints de méningite chronique, que j'ai été à portée d'observer, étaient doués d'un tempérament sanguin, marqué par la coloration de la peau, la rougeur de la face, des

(1) Voyez, pour la fréquence comparative de la méningite chronique suivant les âges, le tableau qui se trouve à la fin du chapitre des causes.

battemens du cœur énergiques, et le système veineux extérieur très-saillant.

Ils avaient une constitution forte, robuste, athlétique et souvent replète; leurs muscles étaient, en général, très-dessinés; plusieurs avaient un embonpoint graisseux très-considérable.

4°. *État de l'intelligence et Caractère.*

L'état de l'intelligence ne paraît pas exercer d'influence sensible sur le développement de la méningite chronique. La plupart des malades n'avaient rien dans leurs facultés intellectuelles qui les distinguât des autres hommes; quelques-uns étaient remarquables par une imagination ardente et par une grande activité de tête. Le plus grand nombre jouissaient, avant de tomber malades, de la plénitude de leur raison, et ne présentaient point les bizarreries et les singularités qui ne sont pas rares dans les idées des individus qui plus tard doivent être atteints des autres espèces d'aliénation mentale.

Mais il n'en est pas de même du caractère, qui paraît évidemment prédisposer à la maladie qui nous occupe. La plupart des individus qui en ont été atteints étaient vifs, fougueux, colères, emportés, et souvent même très-violens; ils supportaient difficilement les contradictions, et se mettaient quelquefois en fureur à la plus légère contrariété. Ils étaient, en général, orgueilleux, ambitieux et intéressés. Plusieurs avaient une haute opinion d'eux-

mêmes ; d'autres se livraient avec complaisance à des plans d'élévation et de fortune qui échouaient très-souvent, non sans leur faire éprouver beaucoup de peines et de chagrins.

5°. *Professions.*

Il est très-difficile d'apprécier quel est le genre d'influence que les professions exercent sur la production de l'inflammation chronique des membranes encéphaliques. Des circonstances particulières et indépendantes d'une véritable prédisposition peuvent rendre la maladie beaucoup plus fréquente en apparence dans certaines professions. Ainsi, la maison de Charenton recevant tous les militaires de Paris qui sont frappés d'aliénation mentale, le nombre de ceux qui le deviennent par suite d'une inflammation chronique des méninges doit y être plus considérable dans cette profession que dans les autres. Aussi, d'après des relevés exacts, les individus qui avaient suivi la carrière des armes, et qui ont été traités dans cet établissement, étaient dans la proportion d'un tiers, comparativement aux autres malades.

Néanmoins, la circonstance purement accidentelle dont nous venons de parler paraîtra loin d'être l'unique cause de la fréquence de la maladie parmi les militaires, quand on réfléchira aux fatigues et aux privations qu'ils ont eu à essuyer dans les guerres continuelles du gouvernement de Bona-

parte (1), aux excès de boissons auxquels ils se livraient la plupart du temps, et enfin aux chagrins qu'un grand nombre ont éprouvés par les événemens de 1814, qui ont renversé leurs espérances d'avancement et de fortune.

Un autre tiers des malades se livrait à différentes branches de commerce, ou exerçait divers métiers; un cinquième se composait d'employés d'administration, parmi lesquels plusieurs avaient perdu leur place par suite des événemens politiques de 1814 et 1815. Les autres étaient dans les beaux-arts, dans les professions relatives au droit, etc. Les carrières principalement scientifiques et littéraires en ont fourni un très-petit nombre.

6°. *Hérédité.*

C'est une triste vérité que l'aliénation mentale, qui est sans contredit une des plus cruelles maladies dont l'homme puisse être atteint, soit en même temps une de celles auxquelles l'hérédité prédispose d'une manière très-marquée. Cette cause est si énergique, que c'est quelquefois la seule à laquelle on puisse attribuer le délire; d'autres fois, les autres causes qui ont précédé son invasion sont si légères, qu'il est difficile de leur accorder une grande influence dans la production de la folie.

---

(1) La plupart des militaires qui sont devenus aliénés par suite de méningite chronique, avaient servi plus ou moins long-temps dans les armées de Napoléon.

Ce que nous disons des maladies mentales en général s'applique entièrement à l'espèce d'aliénation qui dépend d'une méningite chronique. Près de la moitié des malades que nous avons observés et sur lesquels nous avons obtenu des renseignemens, avaient eu des parens plus ou moins rapprochés, atteints de la même maladie, ou d'apoplexie, de paralysie, de manie, de démence, de mélancolie, de penchant au suicide, etc. (1) Pour plus de la moitié des malades, ces parens étaient leur père ou leur mère, qui avaient été frappés d'aliénation pendant plus ou moins long-temps, ordinairement d'une manière isolée et quelquefois simultanément. Les autres malades avaient eu des frères, des sœurs, des oncles, des tantes, des cousines, des cousins-germains affectés de la même maladie. Assez souvent il y avait eu plusieurs personnes aliénées dans la même famille.

Il est à peine nécessaire de dire que le genre d'influence héréditaire est tout différent, suivant que les parens sont ascendans ou collatéraux. Dans le premier cas, la prédisposition est directe, évidente et très-puissante. Dans le second, elle est plus obscure, beaucoup moins énergique; elle indique

---

(1) Les malades étant presque toujours conduits à Charenton par leurs parens et quelquefois par ceux même qui avaient été aliénés, une fausse honte les empêchait quelquefois d'en faire l'aveu. Cette circonstance a sans doute diminué dans mes relevés la proportion des individus nés avec une prédisposition héréditaire.

que le malade actuel et son parent collatéral qui l'a été aussi, ont reçu d'un aïeul commun l'influence prédisposante, soit que cet aïeul eût été lui-même aliéné, soit qu'il n'eût pas été soumis à des causes suffisantes pour développer une maladie à laquelle il était plus ou moins disposé.

7°. *Circumfusa.*

L'*insolation*, qui est une cause si fréquente de l'inflammation aiguë de l'arachnoïde, peut rarement être comptée au nombre des causes prédisposantes de la méningite chronique. Nous ne l'avons vue que deux fois agir à la manière de ces causes, c'est-à-dire en favorisant le développement de cette affection. Encore, dans ces cas, n'eut-elle une influence sur sa production qu'en donnant lieu à une autre maladie.

Il est facile d'expliquer cette rareté de l'insolation, considérée comme prédisposition à la maladie qui nous occupe, quand on réfléchit, d'un côté, que la plupart des individus qui en ont été atteints avaient une profession qui ne les exposait point à l'ardeur des rayons solaires; et de l'autre, que cette cause agit en général si fortement, qu'elle devient la cause occasionelle de la maladie, en lui donnant lieu presque subitement.

8°. *Applicata.*

Les *violences extérieures* exercées sur la tête peuvent disposer à l'espèce d'aliénation mentale

que nous décrivons, en imprimant au cerveau des commotions plus ou moins fortes, qui peuvent à leur tour déterminer des congestions sanguines dans les vaisseaux de la pie-mère. Parmi les militaires atteints de cette maladie, quelques-uns avaient reçu à la tête des blessures graves, qui avaient été quelquefois accompagnées de symptômes cérébraux.

Un architecte avait fait un grand nombre de chutes à des hauteurs considérables, et l'on avait remarqué après chacune d'elles un affaiblissement notable des facultés, qui se dissipait quelque temps après. Un autre malade avait reçu dans une rixe, trois mois environ avant l'invasion de l'aliénation mentale, un coup très-violent dans la région occipitale.

9°. *Ingesta.*

Quoiqu'une nourriture abondante et succulente, en donnant lieu à un état habituel de pléthore, paraisse une prédisposition à la congestion cérébrale, je n'ai pas eu lieu de remarquer l'influence de cette cause parmi les malades dont j'ai recueilli l'histoire.

Mais il n'en est pas de même des *excès de boissons alcoholiques*. Cette cause, qui par sa durée détermine la prédisposition la plus forte et la plus prochaine à la méningite chronique, existait à des degrés variés chez un tiers au moins des individus que j'ai observés. Quelques-uns avaient l'habitude de boire

une assez grande quantité de vin ou de liqueurs, sans aller toutefois au-delà du degré de la gaîté et de la joie; mais la plupart s'y livraient de la manière la plus immodérée et se jetaient fréquemment dans un état d'ivresse, tantôt bruyante et tantôt accompagnée d'un assoupissement profond. A ces symptômes, auxquels se joignaient ordinairement un embarras sensible de la langue et une démarche vacillante, on reconnaît aisément une congestion cérébrale passagère, qui, par son renouvellement fréquent, rendait les méninges beaucoup plus aptes à s'enflammer sous l'influence de causes excitantes souvent très-légères.

10°. *Gesta.*

Le passage d'une vie active et agitée à une vie sédentaire doit prédisposer à la congestion cérébrale, et par conséquent à la méningite chronique. Cette cause n'a-t-elle pas contribué à rendre la maladie si fréquente parmi les militaires? On sera très-disposé à embrasser cette opinion, si l'on se rappelle que sous le dernier gouvernement ils n'ont pas eu un moment de repos; qu'ils ont enduré les privations et les fatigues les plus excessives, et que rentrés dans leurs foyers en 1815, à l'époque de la paix, ou restés dans l'armée, ils ont passé de l'exercice le plus débilitant à une vie fort calme, et d'un état fréquent de pénurie à une nourriture abondante. Ces deux causes ont

dû donner lieu, chez plusieurs, à une véritable pléthore, état qui est évidemment une condition favorable au développement de la congestion cérébrale.

11°. *Excreta.*

Un cinquième environ des malades que j'ai observés avait fait beaucoup d'*excès vénériens* et avait souvent contracté des *maladies syphilitiques*. Mais les excès de ce genre, et la maladie qui en est la suite, sont si fréquens, que je n'oserais point les compter au nombre des causes prédisposantes de la méningite chronique. D'ailleurs, un médecin dont l'opinion est d'un très-grand poids en cette matière, M. Cullerier, pense que la syphilis n'a point d'influence sur le développement de l'aliénation mentale.

Je n'en puis pas dire autant des *dérangemens de la menstruation*, que j'ai remarqués chez plus d'un tiers des femmes qui plus tard furent atteintes d'aliénation par suite de méningite chronique. Les unes étaient très-peu réglées depuis plusieurs mois, les autres avaient éprouvé une suppression complète, plus ou moins long-temps avant l'invasion de la maladie. Chez l'une d'elles, l'influence de cette cause fut d'une évidence frappante : l'écoulement menstruel n'avait pas eu lieu depuis quatre mois environ, lorsque tous les symptômes de la maladie se déclarèrent et acquirent bientôt une grande intensité. Quelque temps après, cette

femme étant à l'époque menstruelle, fut prise tout-à-coup, dans la nuit, d'une perte très-abondante qui ne l'éveilla point. Mais le matin, elle fut très-étonnée de se trouver baignée dans son sang, et surtout d'avoir recouvré d'une manière subite et inattendue la raison et la liberté des mouvemens. Le mois suivant, la menstruation n'eut pas lieu, et deux mois après l'aliénation reparut.

§. II. Causes prédisposantes pathologiques.

Ces causes, quoique beaucoup moins nombreuses que celles que nous venons d'examiner, influent quelquefois d'une manière plus directe sur le développement de la méningite chronique. Nous allons les parcourir successivement, en commençant par celles qui sont les plus fréquentes.

1°. *Hypertrophie du ventricule gauche du cœur.* Je n'ai jamais constaté l'existence de cette cause pendant la vie des malades atteints de méningite chronique; et dans les renseignemens qu'on m'a donnés à leur entrée dans l'hospice, je n'ai point appris qu'ils eussent offert des symptômes de maladie du cœur. Cependant, à en juger par les individus qui ont succombé, cette cause serait très-fréquente; car j'ai trouvé, presque sur un sixième des cadavres, le ventricule gauche du cœur plus grand que dans l'état ordinaire, et les parois de cette cavité dures, très-résistantes, ayant souvent près d'un pouce d'épaisseur dans une grande partie de leur étendue. On conçoit facile-

ment que les individus qui présentaient cette altération devaient être très-disposés à la congestion cérébrale, le sang étant poussé vers la tête avec beaucoup plus de force que chez les autres malades.

2°. *Suppression d'un flux hémorrhoïdal.* Quelques hommes sont sujets à un flux sanguin par l'anus, qui revient périodiquement à des intervalles plus ou moins grands, d'une manière régulière ou irrégulière, et qui, lorsque sa durée est un peu ancienne, devient presque aussi nécessaire à la santé de l'individu qui en est atteint que la menstruation à la santé de la femme. La suspension de cet écoulement peut donner lieu ou prédisposer, comme l'aménorrhée, à toutes sortes de maladies plus ou moins graves, et en particulier à la méningite chronique. Chez presque tous les malades affectés de cette maladie et sujets à un flux hémorrhoïdal, dont le nombre se monte à un huitième environ dans mes relevés, cet écoulement, qui était en général très-abondant, s'était supprimé plus ou moins longtemps avant l'invasion du délire et avait été la cause qui paraissait les avoir le plus prédisposés à en être atteints.

Cette suppression avait eu lieu deux ans, un an, six mois, deux mois, un mois avant l'aliénation; elle était ordinairement survenue spontanément et sans cause appréciable; d'autres fois, elle avait été provoquée par des bains froids ou des applications réfrigérantes sur le périnée: tous les malades avaient

négligé de faire usage des moyens propres à rappeler l'écoulement périodique ou à y suppléer, comme des pédiluves sinapisés, des sangsues, des saignées, etc., remèdes auxquels plusieurs avaient recouru jusqu'alors lorsque le flux s'arrêtait ou s'interrompait.

Le mode d'action de cette cause est facile à expliquer : la cessation d'un écoulement sanguin habituel donne lieu à la conservation, dans l'économie, d'une certaine quantité de sang superflu, dont la nature était habituée à se débarrasser à certains intervalles; de là doit nécessairement résulter un état de pléthore ; les organes disposés à l'irritation doivent dès-lors être plus particulièrement menacés de devenir le siége d'une congestion ou d'une inflammation plus ou moins considérable.

3°. *Interruption d'une saignée habituelle.* Cette cause est tout-à-fait de la même espèce que celle dont nous venons de parler; elle agit, comme elle, en donnant lieu à une pléthore générale. Elle est d'ailleurs très-rare; car je ne l'ai rencontrée que chez deux ou trois malades.

4°. *Céphalalgie.* Les maux de tête ne sont pas aussi fréquens chez les individus qui doivent plus tard être affectés de méningite chronique qu'on pourrait le présumer quand on réfléchit à la nature de cette dernière maladie. Je les ai observés une douzaine de fois à-peu-près sur un total de cent trente malades environ; ils se manifestent plus ou moins long-temps avant l'invasion de l'aliénation, et

varient beaucoup pour leur intensité et leur durée; quelquefois ils existent pendant six mois, un an ou même deux ans, en offrant des intervalles plus ou moins longs de rémission.

Pour apprécier d'une manière exacte la fréquence de la céphalalgie, comme prédisposition à l'inflammation chronique des méninges, il faut la distinguer avec soin des étourdissemens et des vertiges, phénomènes très-communs dans cette maladie, mais qui sont ordinairement les symptômes d'une attaque légère de congestion cérébrale.

5°. *Anciens accès d'aliénation.* Trois malades seulement avaient été aliénés, quand ils furent atteints de méningite chronique; il est même douteux si leur premier accès de délire n'avait pas été occasioné par cette dernière maladie, d'où l'on voit qu'on ne peut pas compter cette cause au nombre de ses prédispositions.

6°. *Rhumatisme.* Les déplacemens d'une affection rhumatismale peuvent-ils prédisposer à la maladie qui nous occupe? Nous n'avons pas assez de faits pour répondre à cette question d'une manière positive.

Nous n'avons vu que sept malades qui eussent été atteints de rhumatisme avant de devenir aliénés. Les uns étaient sujets depuis très-long-temps à cette affection, qui avait présenté un caractère tantôt vague, tantôt régulier, et qui n'avait pas offert de changement bien remarquable avant l'invasion du délire; chez les autres, le rhumatisme avait pré-

senté des dérangemens plus ou moins considérables, ou même s'était entièrement supprimé depuis long-temps, lorsque les premiers symptômes de méningite chronique se manifestèrent.

7°. *Suppression des dartres.* Chez les quatre malades qui m'ont présenté cette cause, l'éruption herpétique était très-étendue et fort ancienne. Dans un seul cas elle avait été supprimée à l'aide de bains de vapeurs; mais dans les autres elle avait disparu presque subitement, après des applications froides et des lotions d'eau de Mettemberg sur la partie affectée de la peau.

L'influence des autres causes prédisposantes pathologiques a été en général si peu marquée, à l'exception d'une seule, que ces causes méritent à peine d'être indiquées.

Un malade était sujet depuis son enfance à un écoulement très-abondant par l'oreille, qui se supprima quelque temps avant l'invasion de la maladie; trois femmes avaient eu des attaques de nerfs assez fréquentes; deux hommes étaient sujets à la goutte et à l'érysipèle; chez un autre, l'aliénation succéda à des douleurs rhumatismales et goutteuses, qui existaient depuis long-temps et revenaient assez fréquemment; un autre avait un vieil ulcère à la jambe; un cinquième malade avait été frappé d'hémorrhagie cérébrale; un sixième était hypochondriaque depuis plusieurs années.

Deuxième Section.

CAUSES PRÉDISPOSANTES MORALES.

Les causes morales ne concourent pas moins puissamment que les causes physiques à la production de la méningite chronique, par l'action directe qu'elles exercent sur le cerveau, qui est l'instrument immédiat de l'intelligence. Ces causes se rapportent presque toujours aux affections morales, et quelquefois à l'exercice des facultés intellectuelles.

1°. *Chagrins.* De toutes les causes prédisposantes que nous avons examinées jusqu'ici, les passions tristes sont les plus fréquentes et peut-être aussi les plus puissantes. Par leur action lente et long-temps prolongée sur l'économie, elles produisent, plus souvent que les autres, la méningite chronique, sans le secours des causes excitantes.

Plus de la moitié des malades que nous avons observés avaient éprouvé des chagrins, dont la cause était d'ailleurs aussi variée que les conditions et les occupations de ces malades. Ainsi, chez les militaires, les affections morales provenaient, en général, des peines et des fatigues qu'ils avaient supportées, du renversement de leurs espérances d'avancement et de fortune, de leur mise à la retraite ou à la demi-solde. Chez ceux qui étaient dans le commerce, elles avaient leur source dans des pertes

d'argent, des faillites, des spéculations trompées. Un grand nombre d'autres malades avaient perdu leurs places, qui étaient souvent l'unique ressource d'eux-mêmes et de leur famille; quelques-uns avaient été victimes d'événemens qui leur avaient fait perdre leur fortune et leurs biens, et avaient même compromis leur propre existence et celle de leur famille. Plusieurs avaient été en proie à des chagrins domestiques, dont la durée avait été plus ou moins longue.

2°. Les autres *espèces d'affections morales* peuvent bien rarement être mises au nombre des causes prédisposantes de la méningite chronique. Je n'ai pas vu un seul fait où l'on pût compter parmi ces causes une passion gaie, et je n'ai observé que deux cas où un *amour* violent et concentré, et une *jalousie* profonde, eussent évidemment contribué au développement de la maladie; encore cette influence était-elle l'effet d'un chagrin qui avait été la suite inévitable de ces passions.

3°. *Travaux intellectuels.* Il semble qu'aucune cause ne devrait prédisposer davantage à la maladie qui nous occupe, que les excès d'étude et une application trop forte. Il n'en est rien cependant, car nous n'avons vu que six malades qui se fussent livrés à des contentions d'esprit longues et soutenues; encore, dans ces cas, existait-il d'autres causes qui paraissaient avoir eu une influence beaucoup plus sensible que ces dernières. Ceci explique clairement

pourquoi la méningite chronique est si rare dans les professions scientifiques et littéraires.

Article Second.

CAUSES OCCASIONELLES.

Le plus souvent les causes qui ont agi long-temps sur l'économie de manière à favoriser lentement le développement de la méningite chronique, ou les causes prédisposantes, sont les seules auxquelles on puisse attribuer l'invasion de cette dernière. D'autres fois ces causes augmentent tout-à-coup d'énergie, et agissent avec assez de force pour donner lieu immédiatement à la maladie; elles se transforment alors en causes occasionelles.

Je n'ai observé des causes occasionelles que chez un peu plus d'un quart des malades.

Quatre d'entre eux avaient présenté les premiers symptômes de la maladie, après avoir été exposés pendant plusieurs heures aux rayons du soleil, qui étaient très-ardens ce jour-là; un autre avait été frappé de congestion cérébrale, peu d'instans après être entré dans un bain qui lui avait fait éprouver une impression très-vive; un autre, après avoir reçu une balle qui lui avait frappé la tête, sans pénétrer dans le crâne.

Chez quatre malades, adonnés depuis long-temps aux boissons spiritueuses, l'aliénation avait éclaté

au milieu d'une orgie beaucoup plus forte que celles qu'ils avaient faites jusqu'alors. Les douleurs de l'enfantement donnèrent lieu à la maladie, chez une femme qui y était prédisposée d'une manière très-prochaine.

Mais les causes morales sont celles qui ont le plus souvent provoqué la méningite chronique. Elle s'est manifestée treize fois après des chagrins vifs et subits; trois fois après une grande joie, résultat d'une bonne nouvelle imprévue; deux fois, après un accès de colère; une fois après une frayeur subite, et une fois après une forte application.

Chez trois malades, je l'ai vue succéder à une affection qu'on avait désignée sous le nom de fièvre ataxique (1); mais on s'accorde si peu sur la nature de cette dernière maladie, qu'il est difficile de décider quel est le mode d'influence qu'elle a exercé sur le cerveau pour donner lieu à l'inflammation chronique des méninges; cependant la céphalalgie, le délire et l'agitation, qui étaient ses phénomènes principaux, me font penser que cette prétendue fièvre ataxique n'était autre chose qu'une méningite sub-aiguë, ou mieux, l'invasion même de la méningite chronique, qui débutait par des symptômes plus violens que ceux qu'elle présente ordinairement à son origine.

---

(1) Les malades ayant été atteints de cette fièvre avant leur entrée à l'hospice, je n'avais pu observer moi-même les symptômes qui l'accompagnaient.

Enfin, je dois compter encore au nombre des causes occasionelles de l'inflammation chronique des méninges, la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel, après laquelle j'ai vu survenir deux fois la maladie qui nous occupe.

Combinaison et mode d'action des causes prédisposantes et occasionelles dans la production de la méningite chronique.

Je viens de décrire successivement les diverses causes qui exercent une influence plus ou moins marquée sur le développement de la méningite chronique ; mais cette analyse, nécessaire pour donner une idée claire de chacune de ces causes, serait insuffisante pour expliquer la pathogénie de la maladie qui nous occupe ; elle pourrait même jeter dans l'erreur, en donnant à chaque cause, considérée d'une manière isolée, une importance qu'elle n'acquiert, en général, qu'autant qu'elle est associée à d'autres causes plus ou moins nombreuses et d'espèces différentes. La méningite chronique est ordinairement le résultat d'un concours et d'une combinaison d'influences variées qui, agissant chacune à leur manière, modifient l'organisme et finissent par aboutir à un effet commun, qui devient la cause prochaine de la maladie.

C'est ce concours que je me propose maintenant d'examiner, en indiquant pour un certain nombre

de cas particuliers quel est l'ordre, l'action et la combinaison des causes pour produire l'effet commun dont nous venons de parler.

Cet effet est une congestion sanguine, subite ou lente, dans les vaisseaux du cerveau, mais surtout de la pie-mère.

Cette congestion est produite, tantôt par des causes prédisposantes seules, tantôt par des causes prédisposantes réunies à des causes occasionelles, et tantôt uniquement par des causes occasionelles.

1°. *Causes prédisposantes seules.* Ces causes, quoique moins apparentes dans leur action que les occasionelles, exercent cependant une influence bien plus puissante. Dans les trois quarts des cas, c'est elles uniquement qu'on peut accuser du développement de la maladie. Je ne parle point des circonstances relatives au sexe, à l'âge et à la profession, qui agissent d'une manière très-éloignée, et seulement en plaçant les malades dans des conditions un peu plus favorables à la production de la méningite. Mais les prédispositions que je veux désigner, et qui sont si souvent les sources de cette affection, modifient puissamment l'organisme, et, par leur action long-temps continuée, finissent par détruire l'équilibre des fonctions, et par donner lieu au développement de la maladie, sans l'intermède des causes occasionelles. Ces prédispositions sont celles qui naissent des chagrins prolongés, de l'hérédité, des excès de boissons alcooliques, de la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel, des dérangemens

de la menstruation, des coups, des chutes sur la tête, de l'insolation, etc.

Chez un quart des individus, la maladie reconnaît deux causes prédisposantes physiques. C'est ordinairement l'hérédité réunie, soit à des excès de boissons, soit à l'interruption d'une évacuation sanguine habituelle, à des excès vénériens, etc. ; d'autres fois, ce sont ces dernières causes qui existent simultanément, ou dont l'une vient s'associer à l'autre.

Chez un autre quart, je n'ai pu découvrir qu'une seule cause physique, qui était, comme dans le cas précédent, ou une prédisposition héréditaire, ou l'abus des boissons, la suppression d'une évacuation habituelle, etc.

Chez un neuvième des malades, la méningite était survenue à la suite d'une seule cause prédisposante morale. Chez les autres, qui formaient plus d'un tiers du total, il y avait une combinaison d'une, et beaucoup plus rarement, de deux causes physiques avec une cause morale, de trois causes physiques, etc. (1)

2°. *Causes prédisposantes réunies à des causes occasionelles.* Il semble, au premier abord, que la méningite chronique ne devrait être produite, en général, que par la réunion de ces causes, comme on le remarque ordinairement pour les autres espèces de maladies mentales. Il n'en est rien cependant,

(1) Voyez le tableau général des causes, placé à la fin de ce chapitre.

puisque, d'après nos relevés, le concours de ces circonstances existe à peine chez un quart des malades. Ce fait doit être attribué à l'influence des causes prédisposantes, qui, après avoir préparé sourdement la maladie, en faisant éprouver aux organes qui en sont le siége une altération lente et presque inaperçue, augmentent tout-à-coup d'énergie et déterminent la maladie, en agissant à la manière des causes occasionelles.

Dans le cas dont il s'agit, cette maladie naît du concours d'une ou de plusieurs causes physiques ou morales prédisposantes, et d'une cause occasionelle également morale ou physique. Celle-ci est ordinairement d'autant plus forte que celle-là est plus faible, *et vice versâ*. Ainsi, pour rendre cette proportion plus claire par un exemple, un individu qui est adulte, d'une constitution pléthorique, né de parens aliénés, et qui est sujet à des excès de boissons, peut tomber dans un état d'aliénation mentale à la suite d'une commotion morale ou physique, même assez légère, tandis qu'il faudra une ou plusieurs causes occasionelles très-énergiques pour déterminer le même effet chez un individu qui y est disposé d'une manière beaucoup plus faible.

3°. *Causes occasionelles seules.* Rien ne prouve mieux le peu d'influence que ces causes exercent sur la production de l'espèce d'aliénation que nous décrivons, que la rareté des cas où elles suffisent seules pour la faire naître sans le secours des pré-

dispositions héréditaires, constitutionnelles ou acquises. En effet, nous avons à peine observé cette circonstance sur un vingt-sixième des malades.

4°. *Mode d'action des causes.* Nous avons vu plus haut que l'effet commun de ces causes est de tendre plus ou moins directement à produire une fluxion sanguine vers la tête. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur elles pour se convaincre de la vérité de cette proposition.

Nous remarquons d'abord (pour commencer par les influences les plus éloignées) que les hommes dont la vie morale est beaucoup plus agitée que celle des femmes, et qui, soit par les occupations auxquelles ils se livrent, soit par les excès auxquels ils sont si sujets, sont plus exposés aux affections cérébrales que ces dernières, sont atteints, huit fois plus souvent qu'elles, de méningite chronique; que cette maladie n'appartient ni à l'enfance, ni à la jeunesse, ni à la vieillesse; mais qu'elle survient dans l'âge adulte et l'âge mûr, depuis trente jusqu'à soixante ans, époque de la vie où l'homme est plus sujet qu'à toute autre à la pléthore, aux flux hémorrhoïdaux, aux excès de boissons, aux chutes sur la tête, etc.; et où, sous le rapport moral, il éprouve tant de commotions qui retentissent péniblement à la tête.

Les personnes qui deviennent aliénées par suite d'une méningite chronique ont ordinairement un tempérament sanguin, une constitution robuste, athlétique, replète; un caractère vif, colère, fougueux, emporté, violent, orgueilleux, intéressé et

ambitieux ; circonstances qui sont toutes de nature à favoriser plus ou moins un transport du sang vers la tête.

Elles ont suivi des carrières qui les ont exposées plus ou moins à des chagrins, comme l'état militaire, sous le dernier gouvernement, la carrière administrative, etc. La moitié environ ont eu des parens, ascendans ou collatéraux, qui ont été aliénés ou qui ont été atteints de diverses maladies de la tête.

Mais parmi les causes dont l'influence est bien plus évidente encore, pour produire une congestion cérébrale, et quelquefois une irritation de l'arachnoïde, on doit surtout compter les chagrins longtemps prolongés, qui agissent directement sur la tête; la suppression des règles ou d'un flux hémorrhoïdal, lorsqu'elle est associée à une cause morale ou à une prédisposition héréditaire ou constitutionnelle, les excès de boissons, l'ivresse fréquente pendant laquelle les individus sont réellement atteints d'une congestion cérébrale, les coups et les blessures à la tête, l'insolation, etc.

Article Troisième.

CAUSE PROCHAINE.

Les diverses causes que nous venons d'examiner tendent toutes, comme nous l'avons dit, d'une manière plus ou moins directe et plus ou moins puissante, à produire un effet commun, une fluxion

sanguine vers la tête, dans les vaisseaux du cerveau, mais surtout de la pie-mère.

Cette congestion cérébrale existe chez tous les malades, et précède constamment l'invasion de l'inflammation chronique des méninges, dont elle doit être considérée comme la cause prochaine ou directe.

Congestion cérébrale.

La congestion cérébrale se manifeste par des symptômes qui varient beaucoup sous le rapport de l'intensité, mais qui se rapportent toujours à une lésion, plus ou moins profonde et passagère, des sensations, des facultés intellectuelles et des mouvemens. Dans la moitié des cas environ, elle est brusque et subite, et constitue ordinairement des attaques apoplectiques; dans les autres cas, elle est lente, légère, incomplète, et accompagnée de phénomènes peu apparens, qui peuvent souvent en faire méconnaître l'existence; mais dans l'une et l'autre circonstance, c'est toujours la même maladie, c'est toujours un transport du sang dans les vaisseaux de la pie-mère.

1°. La congestion subite que quelques auteurs appellent très-improprement *coup de sang*, présente de nombreux degrés.

Le plus souvent, les malades, après s'être plaints de malaise, de céphalalgie, de pesanteur de tête, de tintemens d'oreille, etc., tombent tout-à-coup privés de sentiment et de mouvement. Dans cet

état, la face est plus ou moins rouge, la peau chaude, la respiration plus profonde, le pouls plein et plutôt ralenti qu'accéléré. Au bout de cinq minutes, d'un quart-d'heure, d'une ou de plusieurs heures, ou même d'un temps beaucoup plus long, la connaissance revient d'une manière plus ou moins confuse et incomplète; elle se rétablit ensuite davantage, soit spontanément, soit après l'emploi méthodique des évacuations sanguines. Mais le retour des mouvemens n'est pas aussi prompt. Les malades conservent pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois même des mois entiers, une paralysie plus ou moins marquée des extrémités, ou d'une des moitiés du corps, et une grande difficulté dans l'articulation des mots.

L'aliénation se manifeste peu de temps après une attaque apoplectique, ou au bout de plusieurs mois. Il arrive fréquemment qu'elle ne survient qu'à la suite de deux, trois, ou même quatre attaques de congestion, qui ont eu lieu à des intervalles plus ou moins longs, et dont les malades s'étaient parfaitement rétablis. Dans ces cas, les premières attaques peuvent en quelque sorte être considérées comme des causes prédisposantes de celle qui a précédé l'aliénation mentale.

Mais la congestion cérébrale ne détermine pas toujours des effets si marqués. Il n'est pas rare qu'elle se borne à produire un affaiblissement des sensations sans perte de connaissance, une paralysie incomplète des extrémités inférieures, ou une

hémiplégie, symptômes qui diminuent ensuite graduellement par un traitement approprié, si la première attaque n'a pas été suffisante pour irriter l'arachnoïde et donner naissance au délire. Quelquefois les malades sont sujets, pendant plus ou moins long-temps, à des bourdonnemens d'oreille et à des étourdissemens subits qui leur offusquent tout-à-coup la vue, leur font voir des étincelles devant les yeux, ou qui vont même jusqu'à les faire tomber. Mais au bout de quelques instans, ils reviennent à leur état naturel, et ce n'est qu'après un grand nombre de ces congestions incomplètes qu'ils sont pris des premiers symptômes de la méningite chronique.

2°. Dans la moitié des cas environ, comme nous l'avons dit plus haut, les phénomènes de congestion cérébrale sont légers, souvent fugaces; ils sont en quelque sorte habituels et constitutionnels; ce qui est cause que les parens des malades n'en parlent point, à moins qu'on ne les interroge sur ce point avec beaucoup de soin.

Ainsi, parmi ces malades, les uns sont sujets, depuis plus ou moins long-temps, à un état habituel d'assoupissement et de somnolence, à une pesanteur de tête avec rougeur et injection de la face. Ils se livrent avec peine à leurs occupations, et s'endorment au milieu des travaux auxquels ils se livrent. Leur sommeil se prolonge long-temps, et à leur réveil ils sont tout étourdis et chancelans.

Les autres ont des éblouissemens fréquens. Ils

sont obligés d'interrompre leurs occupations, parce qu'ils se sentent la tête trop pesante. D'autres sont pris, à divers intervalles de leur vie, d'un embarras sensible de la langue, qui leur rend l'articulation de certains mots difficile, ou qui même les fait bégayer. Cette gêne dans la prononciation se dissipe et revient à différentes époques; elle est plus manifeste et plus durable aux approches de l'aliénation mentale.

Mais le cas le plus ordinaire de congestion peu apparente, c'est celui où la fluxion sanguine vers la tête étant légère, et presque immédiatement suivie de délire, ou même se manifestant en même temps, on ne peut obtenir des parens des malades aucun éclaircissement certain sur l'existence ou la non-existence des signes de congestion avant le moment ou au moment où l'aliénation a éclaté. Dans ce cas, des renseignemens exacts prouvent toujours qu'il y avait des phénomènes de cette espèce au milieu des symptômes de l'invasion de la maladie. Tantôt les malades prononcent avec peine certains mots, et bégaient de temps en temps; tantôt ils marchent en se déviant de la ligne droite, avec un embarras sensible, comme les personnes qui, sans être dans un état complet d'ivresse, ont bu un peu plus que ne comporte leur tête. Lorsque les individus atteints de méningite commençante sont dans un état d'agitation, l'embarras de la langue et des membres inférieurs cesse plus ou moins complètement, et il est alors bien difficile de

reconnaître des signes de paralysie incomplète; mais elle redevient apparente dans les momens de calme, quelque courts qu'ils puissent être.

Quelquefois les signes de congestion cérébrale dont je parle sont si légers et si fugaces, qu'ils échappent au meilleur observateur, lorsqu'il n'est pas habitué à les remarquer. Ce sont : un timbre particulier de la parole, différent du ton ordinaire; une certaine lenteur dans l'articulation des mots, qui n'est bien sensible que pour celui qui connaissait la manière de prononcer de cet individu avant qu'il fût malade; une manière de marcher qui n'a pas l'assurance et la fermeté qu'elle avait avant l'invasion du délire.

Enfin, l'aliénation mentale se manifeste quelquefois avant tout phénomène de congestion cérébrale. Ce cas a lieu lorsque l'afflux du sang dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère irrite et enflamme immédiatement la face de l'arachnoïde, à laquelle elle est fixée. Le délire et l'agitation sont alors les seuls phénomènes par lesquels le cerveau répond au stimulus qui trouble ses fonctions. Mais, après un intervalle variable de temps, cette irritation diminue d'une manière passagère, plus ou moins longue; la tranquillité revient en partie; alors le cerveau reste sous l'influence de la compression par la congestion cérébrale, et des phénomènes plus ou moins marqués de paralysie incomplète se manifestent.

Mode d'action de la congestion cérébrale. Rien de

plus facile à expliquer que la manière dont la congestion cérébrale donne lieu à la méningite chronique. Cette congestion consiste dans une injection plus ou moins considérable de la pie-mère. Or, cette membrane est appliquée d'un côté sur toute la surface du cerveau, d'où elle donne des ramuscules vasculaires très-déliés qui pénètrent dans cet organe, et de l'autre, elle est intimement unie à la face interne de l'arachnoïde, à laquelle elle distribue également des artérioles très-fines. Lorsque le réseau cellulo-vasculaire qui la constitue est le siége d'une congestion sanguine, il doit arriver quelquefois que le feuillet séreux qui recouvre le cerveau, s'injecte dans un ou plusieurs endroits, et qu'un point d'irritation, et bientôt d'inflammation, se développe à sa face interne. Or, c'est ce qui a lieu dans la méningite chronique : la pie-mère injectée injecte et enflamme l'arachnoïde, et cette phlegmasie développée à la face adhérente de cette dernière membrane, tantôt y reste bornée dans tout le cours de la maladie, tantôt se propage à sa face libre, et même au feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Mais elle s'étend toujours à la portion de membrane séreuse qui tapisse les ventricules.

Lorsqu'un point plus ou moins étendu des méninges est enflammé, cette irritation entretient et augmente la congestion de la pie-mère, qui, de cause qu'il était d'abord, devient ensuite un des effets de la maladie.

Les causes de la méningite chronique ne peuvent-

elles point agir primitivement sur l'arachnoïde et développer la maladie, sans une congestion primitive de la pie-mère? nous avons eu rarement occasion d'observer d'une manière bien évidente ce fait que nous trouverons d'ailleurs assez fréquemment dans une autre espèce de maladies mentales.

Tableau *des causes de la Méningite Chronique.*

Art. Ier. Causes Prédisposantes.

Ire. Sect. Causes Prédisposantes Physiques.

§ I. *Causes Prédisposantes Hygiéniques.*

		Nombre des malades.
Sexes.	hommes	158
	femmes	24
		182
Ages.	enfance	0
	de 15 à 25 ans	0
	de 25 à 30	4
	de 30 à 35	19
	de 35 à 40	34
	de 40 à 45	33
	de 45 à 50	29
	de 50 à 55	21
	de 55 à 60	21
	de 60 à 65	13
	de 65 à 70	6
	de 70 à 75	1
	de 75 à 80	1
	de 80 à 85	0
		182

		Nombre des malades.
Tempéramens	sanguin.	79
	nerveux.	3
	lymphatique.	5
	point de renseignem. à cet égard.	40
		127 (1)
Constitutions	robuste, athlétique.	39
	replète.	20
	faible et délicate.	8
	sans renseignemens à cet égard.	60
		127
Caractères (2)	vif, colère, fougueux, emporté, violent.	37
	intéressé et ambitieux.	12
	orgueilleux.	9
	impérieux.	3
	taciturne, mysanthrope, rêveur, dissimulé.	3
	doux.	7
	gai.	2
	bizarre, singulier.	3
	timide.	1
	sans renseignemens à cet égard.	50
		127

(1) On trouvera dans ce tableau une grande différence dans les totaux des diverses espèces de causes, ce qui provient de ce que nous avons eu des renseignemens sur certaines d'entre elles, tandis que nous n'avons pu nous en procurer sur d'autres. Nous n'en avons obtenu aucun, à l'exception de l'âge, du sexe et de la profession, sur 55 malades, qui étaient la plupart des militaires ou des individus envoyés par la police ; nous en avons eu plus ou moins sur 127. C'est sur ce nombre de malades que nous avons fait le relevé qu'on va lire.

(2) Les caractères appartenant aux prédispositions morales auraient été mieux placés peut-être dans la deuxième section ; mais comme ce genre de cause exerce une influence assez éloignée, analogue à celle

			Nombre des malades.
Professions.	militaires	grades supérieurs.	25
		grades inférieurs.	23
	employés dans différentes administrations.		25
	dans le commerce.		25
	exerçant divers métiers.		18
	dans les beaux-arts.		8
	dans les professions relatives au droit.		6
	rentiers.		6
	garçons de café, de bains.		3
	prêtres.		2
	vigneron.		1
	nourrisseur de bestiaux.		1
	instituteur.		1
			134
Hérédité.	Manifestée par une maladie plus ou moins analogue chez le père, la mère, ou tous les deux réunis.		26
	les frères et sœurs, isolément ou réunis.		10
	les oncles et tantes.		3
	les cousins et cousines.		7
			46
	malades nés de parens sains.		44
	entrés sans renseignemens à cet égard.		37
			127

qui provient de l'âge, des tempéramens et des constitutions, j'ai cru qu'il était plus convenable de les placer à la suite de ces dernières causes.

	Nombre des malades.
Insolation.	5
Coups, chutes, blessures sur la tête.	10
Excès de boissons, ivresse.	31
Excès vénériens, syphilis, abus des mercuriaux.	15
Dérangement, suppression des règles.	7
Fatigues de la guerre.	10

§. II. *Causes Prédisposantes Pathologiques.*

Suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel. .	18
Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. . .	15
Interruption d'une saignée habituelle.	2
Migraine, céphalalgie.	8
Anciens accès d'aliénation.	3
Suppression des dartres.	4
Rhumatisme chronique, souvent dérangé. . . .	7
Suppression d'un écoulement par l'oreille. . . .	1
Attaques de nerfs.	3
Goutte et érysipèle fréquens.	3
Diminution de la suppuration d'un vieil ulcère. .	1
Hémorrhagie cérébrale.	1
Hypocondrie.	1

IIe. Sect. Causes prédisposantes morales.

Chagrins.	61
Amour violent et concentré.	1
Jalousie profonde.	1
Excès d'étude, application long-temps soutenue.	5

Art. IIe. Causes Occasionelles.

Insolation.	4
Impression subite produite par un bain chaud. .	1

	Nombre des malades.
D'autre part.	5
Blessures à la tête.	1
Ivresse.	4
Fausse-couche.	1
Chagrins très-vifs.	11
Transports de joie.	3
Accès de colère.	2
Frayeur.	1
Excès de travail.	1
Suppression d'un flux hémorrhoïdal.	2
Fièvre ataxique.	3
	34

Nombre et combinaison des causes prédisposantes et occasionelles dans la production de chaque cas de méningite chronique.

1°. Causes prédisposantes seules.

Nombre de causes prédisposantes.	Nombre des malades.
2 causes physiques.	25
1 cause physique.	22
1 cause physique et 1 cause morale.	17
2 causes physiques et 1 cause morale.	11
1 cause morale.	10
3 causes physiques.	5
3 causes physiques et 1 cause morale.	2
4 causes physiques et 1 cause morale.	1
1 cause physique et 2 causes morales.	1
	94

2°. Causes prédisposantes réunies à des causes occasionelles (1).

Nombre des causes prédisposantes et occasionelles.	Nombre des malades.
1 cause physique prédisposante et 1 cause morale occasionelle.	6
1 cause physique prédisposante et 1 cause physique occasionelle.	4
2 causes physiques prédisposantes et 1 cause physique occasionelle.	4
2 causes physiques prédisposantes et 1 cause morale occasionelle.	4
1 cause physique prédisposante, 1 cause morale prédisposante et 1 cause morale occasionelle. .	2
1 cause morale prédisposante et 1 cause physique occasionelle.	2
1 cause morale prédisposante et 1 cause morale occasionelle.	2
2 causes physiques prédisposantes, 1 cause morale prédisposante et 1 cause morale occasionelle.	1
2 causes physiques prédisposantes, 2 causes physiques occasionelles.	1
2 causes physiques prédisposantes, 1 cause morale prédisposante et 1 cause physique occasionelle.	1

(1) Dans la composition de cette partie du tableau des causes, je n'ai pas compté les circonstances relatives au sexe, à l'âge et à la profession, etc., qui exercent une influence assez éloignée. Je n'y ai pas fait entrer non plus l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, parce que je n'ai pu acquérir la preuve de l'existence de cette lésion qu'à l'ouverture des individus qui ont succombé.

	Nombre des malades.
D'autre part.	27
1 cause physique prédisposante, 2 causes morales prédisposantes et 1 cause physique occasionelle.	1
	28

3°. Causes occasionelles seules.

Nombre des causes occasionelles.	Nombre des malades.
1 cause occasionelle morale.	3
1 cause occasionelle physique.	2
	5

Total général des malades . . 127

Art. IIIe. Cause Prochaine.

Congestion cérébrale.

1°. Congestion cérébrale subite, apoplectique ou paralytique.	63
2°. Congestion cérébrale lente et peu marquée. .	64
	127

CHAPITRE SECOND.

CARACTÈRES ANATOMIQUES

DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE,

Et État des différens organes chez les individus qui succombent à cette maladie (1).

Avant de commencer l'exposition des caractères anatomiques de la méningite chronique, il ne sera pas inutile, pour l'intelligence de ce qui va suivre, de dire quelques mots sur la disposition générale et la structure des méninges.

Considérations sur l'anatomie des méninges.

La première des deux enveloppes de l'encéphale, *la pie-mère*, ne mérite point le nom de membrane, sous lequel on la désigne ordinairement, puisqu'elle consiste en un réseau composé d'une multitude de vaisseaux sanguins entrelacés et réunis par un tissu cellulaire lâche et transparent.

(1) Les lésions organiques des méninges étant la cause des symptômes qu'on observe dans l'inflammation chronique de ces membranes, il nous paraît plus conforme à l'ordre naturel de les décrire avant ces derniers. Quant aux autres altérations qu'on rencontre dans les divers appareils, nous ne pouvions les placer qu'à la suite des caractères anatomiques de la méningite chronique.

La pie-mère recouvre immédiatement le cerveau de toutes parts en s'enfonçant dans ses anfractuosités, et se prolongeant dans ses cavités intérieures, ce qui la fait diviser en pie-mère extérieure et pie-mère intérieure.

La pie-mère *extérieure* tapisse en haut les circonvolutions et les anfractuosités des hémisphères cérébraux, ainsi que la face supérieure du corps calleux; elle recouvre en bas la base du cerveau, et la face inférieure de la protubérance; elle disparaît sur le commencement de la moelle vertébrale, et se porte au cervelet qu'elle recouvre entièrement en pénétrant dans ses sillons.

Sa surface intérieure est immédiatement appliquée sur la substance cérébrale, et ne lui adhère que par les vaisseaux excessivement ténus qu'elle lui envoie. Ces vaisseaux se rompent avec la plus grande facilité, en sorte qu'on peut enlever la pie-mère sans intéresser en aucune manière le cerveau lui-même.

Sa surface extérieure est intimement adhérente à l'arachnoïde, au niveau des circonvolutions; mais elle en est entièrement isolée dans les anfractuosités.

La pie-mère *intérieure*, continue à la précédente, pénètre dans les ventricules moyens et latéraux par la grande fente placée entre l'extrémité postérieure du corps calleux et la protubérance, et par les deux fentes latérales. Elle y forme la toile choroïdienne et les plexus choroïdes. La toile choroïdienne est

un prolongement membraneux, triangulaire, situé dans le troisième ventricule, tapissant la face inférieure de la voûte à trois piliers; présentant en bas et en arrière l'orifice du canal arachnoïdien, au-dessus de la glande pinéale; continu en devant et sur les côtés avec les plexus choroïdes. Ceux-ci sont deux replis alongés, aplatis, placés dans les ventricules latéraux, le long des bords de la voûte à trois piliers et des corps frangés, continus en dedans et en avant avec la toile choroïdienne, terminés à l'extrémité des ventricules, où ils communiquent avec la pie-mère extérieure.

Mais rien ne peut servir autant à faire apprécier l'importance de la pie-mère, et la gravité de ses maladies, que l'étude de son organisation que Bichat a si bien fait connaître. « C'est à la base du cerveau, dit cet anatomiste, entre lui et les os du crâne, que se trouvent les troncs artériels principaux destinés pour cet organe, c'est-à-dire l'artère basilaire et les carotides (1). Les branches, comme les cérébrales antérieures, les moyennes, etc., sont logées dans les grands sillons cérébraux, comme dans la scissure de Sylvius, l'écartement des lobes antérieurs, etc. Ainsi, de ces branches, les rameaux se portent dans les anfractuosités, dans les sillons secondaires qui divisent l'extérieur de l'organe cérébral. Enfin, les ramuscules, subdivisés à l'infini,

---

(1) On a estimé approximativement que l'encéphale recevait par ces vaisseaux un cinquième du sang contenu dans le corps. (*J. Frank*, *Praxeos medicæ universæ precepta*, tome 2.)

forment sur la surface extérieure du cerveau un lacis vasculaire extrêmement multiplié, dont les aréoles sont remplies par un tissu cellulaire fin, délicat, et jamais graisseux. De cette union du tissu cellulaire avec le lacis vasculaire, résulte une couche de forme membraneuse, c'est la pie-mère. Celle-ci a donc pour but de diviser à l'infini les vaisseaux cérébraux, afin qu'ils ne pénètrent que par des capillaires très-déliés dans le tissu cérébral lui-même. »

La seconde des enveloppes du cerveau, ou l'*arachnoïde*, est une membrane séreuse, transparente, extrêmement mince, placée entre la pie-mère et la dure-mère; ayant, comme toutes les membranes du même ordre, la forme d'un sac sans ouverture; tapissant la superficie de l'encéphale, et la surface interne de la dure-mère; et se prolongeant dans les cavités intérieures du cerveau; ce qui la fait partager comme la pie-mère, en arachnoïde extérieure et arachnoïde intérieure.

L'arachnoïde *extérieure* recouvre en haut la convexité des hémisphères, sans pénétrer dans les anfractuosités, ensuite leur face interne et le corps calleux, en formant des gaînes aux veines qui partent des hémisphères; elle tapisse en arrière les lobes postérieurs du cerveau, la face supérieure de la protubérance, les faces supérieure et inférieure et la circonférence du cervelet; et se réfléchit sur les veines des sinus; elle recouvre en devant les lobes antérieurs du cerveau, passe de l'un

à l'autre, en bas, sans pénétrer dans la scissure qui les sépare, et tapisse toute la base du cerveau et la face inférieure de la protubérance, en formant à chacun des nerfs qui en partent, aux artères et aux veines qu'on y rencontre, des enveloppes qui se réfléchissent sur la dure-mère; elle se prolonge en arrière et en bas dans le canal vertébral, autour de la moelle, à laquelle elle est très-peu adhérente; fournit sur les côtés de celle-ci une gaîne conique à chacun des nerfs vertébraux, et forme un cul-de-sac à l'extrémité de la moelle, d'où elle se réfléchit sur la dure-mère, pour tapisser entièrement sa surface interne dans le canal vertébral et dans le crâne.

L'arachnoïde *intérieure*, continue à la précédente, pénètre dans le ventricule moyen par une ouverture ovalaire très-étroite, placée dans l'origine de la toile choroïdienne, entre le corps calleux et les tubercules quadrijumeaux; elle tapisse le ventricule moyen, la toile choroïdienne, les plexus choroïdes, les ventricules latéraux, et le ventricule du cervelet, où elle s'enfonce par l'aqueduc de Sylvius.

D'après cette disposition, on voit que l'arachnoïde, comme toutes les autres membranes séreuses, dont elle ne diffère que par son extrême ténuité, qui, dans son état naturel, empêche qu'on puisse la détacher du cerveau, est adhérente par sa surface extérieure, tandis que l'intérieure, appliquée sur elle-même, est lisse, extrêmement polie, et toujours lubréfiée par une petite quantité de sérosité.

Mais comme cette manière d'envisager l'arach-

noïde, dans laquelle son côté externe est celui qui est appliqué sur l'encéphale, et qui par conséquent est plus rapproché du centre, peut jeter de la confusion, je considérerai, dans le cours de cet ouvrage, cette membrane comme partagée en trois parties indépendantes : savoir ; l'*arachnoïde cérébrale*, *l'arachnoïde* ou le *feuillet arachnoïdien de la dure-mère*, et l'*arachnoïde ventriculaire*. De cette manière, j'appellerai face interne de la première de ces membranes celle qui est intimement adhérente à la pie-mère, et appliquée sur le cerveau, et face externe celle qui est lubréfiée par la sérosité et contiguë à la dure-mère. Je nommerai également face externe de la seconde, celle qui est unie à la dure-mère, et face interne, celle qui correspond à l'arachnoïde cérébrale. Il en sera de même pour l'arachnoïde ventriculaire.

Article Premier.

CARACTÈRES ANATOMIQUES

de la méningite chronique.

Ces caractères consistent en un certain nombre de lésions des deux membranes qui enveloppent le cerveau, et de la surface extérieure de ce dernier organe. La pie-mère est le siége d'une congestion sanguine plus ou moins considérable, et d'une infiltration séreuse. L'arachnoïde est opaque et épaissie à des degrés variés ; sa résistance est augmentée ; sa cavité, ainsi que celle des ventricules, contien-

nent de la sérosité ; sa surface cérébrale contracte des adhérences avec la substance grise, qui est plus ou moins altérée, et sa surface libre se couvre de granulations, d'exsudations albumineuses, de fausses membranes et de caillots sanguins. Parmi ces altérations, les unes sont constantes, les autres n'existent que dans certaines circonstances. Examinons successivement les unes et les autres, toutefois après avoir détermnié le siége qu'elles occupent.

§. I. *Siége des lésions organiques.*

Les lésions organiques que nous allons décrire occupent constamment les portions des méninges qui tapissent la convexité et la face interne des hémisphères cérébraux, la partie subjacente de l'extérieur du cerveau, l'arachnoïde ventriculaire, et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère qui est contigu aux hémisphères. Ces lésions, toujours plus prononcées vers le centre de la convexité de ces derniers qu'à leurs parties antérieure et postérieure, vont en diminuant vers la base du crâne, où elles disparaissent complètement. Sur plus de cent ouvertures de cadavres, je n'ai vu que trois ou quatre cas où elles existaient en même temps à la surface inférieure du cerveau, mais à un degré beaucoup plus faible (1). Dans tous les autres cas, les membranes

(1) Les altérations du feuillet arachnoïdien de la dure-mère, qui sont les plus rares de celles que nous allons décrire, parviennent plus souvent jusqu'à la base du crâne.

qui tapissent les lobes étaient à-peu-près dans l'état normal.

Les méninges du cervelet sont toujours parfaitement saines, lors même que la face interne de la dure-mère qui lui correspond offre quelque altération.

Nous verrons plus tard quelles sont les conséquences qu'on peut tirer de tous ces faits relativement aux fonctions des diverses parties de l'encéphale.

§. II. *Injection de la pie-mère et de l'arachnoïde.*

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que la cause prochaine de la maladie qui nous occupe était une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère, qui irritait et enflammait la membrane à laquelle elle est intimement unie. Il n'est donc pas étonnant que l'injection de ce réseau cellulo-vasculaire soit un des caractères anatomiques constans de la méningite chronique. Cette injection existe à des degrés très-variés, mais elle est toujours très-marquée. En détachant les méninges de la surface du cerveau, on voit les vaisseaux de la pie-mère pleins de sang et distendus : les plus petits, en se rompant, laissent écouler ce liquide en grande abondance, et les plus gros ont souvent l'apparence de petites cordes tendues; ce qu'on observe principalement dans les anfractuosités. Tantôt cette membrane offre une rougeur très-vive, qui va jusqu'à l'écarlate; et une

congestion telle, que le sang ruisselle de toutes parts en l'enlevant, et paraît infiltré dans son tissu ; tantôt, et le plus souvent, la sérosité qui est logée dans ses mailles lui donne une couleur pâle et grisâtre, et masque la rougeur qu'elle offrirait sans cette circonstance; mais on juge facilement, dans ces cas, à son épaisseur et à son volume, qui sont toujours considérables, et surtout à la dilatation de ses vaisseaux, qu'elle est fortement injectée. Cependant l'infiltration séreuse est quelquefois assez abondante pour diminuer ou dissiper en partie la réplétion sanguine.

L'arachnoïde ne participe presque jamais à l'injection de la pie-mère, comme on pourrait le penser, d'après son union intime avec cette dernière. On la trouve plus ou moins rouge, à peine une fois sur seize ou vingt, ce qui tient sans doute à ce que la plupart des malades succombent à une époque où tous les symptômes d'irritation inflammatoire ont considérablement diminué ou totalement disparu.

§. III. *Epaississement de l'arachnoïde cérébrale et ventriculaire.*

L'épaississement de l'arachnoïde qui recouvre les hémisphères et de celle qui tapisse les ventricules est une des lésions qui caractérisent essentiellement la méningite chronique. Cette membrane, qu'on a comparée à une toile d'araignée, à cause de sa grande ténuité, et qui paraît si mince lorsqu'on en détache

un lambeau, acquiert, dans cette maladie, une épaisseur considérable, qui peut égaler celle de la plèvre, du péricarde, de la dure-mère ou même des parois de l'estomac. Elle a souvent, dans ces cas, l'aspect du parchemin ramolli dans l'eau. Cet épaississement n'est pas le même partout : plus marqué vers le centre de la convexité des hémisphères, sur leur face interne et dans le voisinage de la grande scissure, qu'à leur partie antérieure et postérieure, il diminue graduellement à mesure qu'on approche de la base du cerveau. Il disparaît entièrement sur les lobes de cet organe. On ne doit point juger de cet épaississement par l'état des méninges au moment où on les détache du cerveau, parce qu'alors l'injection de la pie-mère et son infiltration séreuse peuvent faire paraître l'arachnoïde plus épaisse qu'elle n'est réellement. Mais on l'apprécie exactement lorsque le sang et la sérosité se sont plus ou moins écoulés de la membrane cellulo-vasculaire.

L'arachnoïde ventriculaire est toujours plus ou moins épaissie dans la méningite chronique, et quoique cette lésion ne soit jamais aussi intense que sur les hémisphères, cependant, si l'on fait attention que la membrane séreuse des ventricules est beaucoup plus mince que celle de l'extérieur du cerveau, on verra que son épaississement est proportionnellement aussi considérable. Cette altération est ordinairement plus grande sur les couches optiques et les corps striés qu'à la paroi supérieure des ventri-

cules latéraux; elle n'est pas moins marquée dans les troisième et quatrième ventricules.

Quelques médecins célèbres, fondés sur ce qui se passe dans les autres membranes séreuses, attribuent l'épaississement de l'arachnoïde à l'existence de fausses membranes, qui se forment à sa surface contiguë et contractent des adhérences très-intimes avec elle. Les considérations suivantes m'empêchent d'embrasser cette opinion :

1°. Je n'ai jamais pu partager l'arachnoïde cérébrale en plusieurs parties, et détacher ces prétendues fausses membranes, quelque moyen que j'aie employé pour y parvenir;

2°. J'ai trouvé constamment les fausses membranes sur la face interne de la dure-mère, et jamais sur la face externe de l'arachnoïde cérébrale;

3°. Cette face, quel que soit l'épaississement de la membrane, conserve toujours l'aspect lisse et poli qui lui est naturel, ce qui n'arriverait point si elle était recouverte d'une exsudation albumineuse.

§. IV. *Opacité de l'arachnoïde.*

Toutes les fois que l'arachnoïde est épaissie, elle perd plus ou moins de sa transparence. Tantôt elle présente çà et là des plaques blanchâtres et grisâtres, entre lesquelles sa diaphanéité est toujours altérée; tantôt, et le plus souvent, elle devient opaque sur toute la surface des hémisphères, à des

degrés variés et d'une manière uniforme ou inégale. Elle offre alors un aspect grisâtre, ou même une apparence laiteuse remarquable, qui est ordinairement plus prononcée vers le milieu des hémisphères et le long de la grande scissure que partout ailleurs.

Mais le feuillet arachnoïdien de la dure-mère et l'arachnoïde ventriculaire n'acquièrent point cette couleur opaque, et conservent en général leur transparence.

§. V. *Densité des méninges.*

L'augmentation de consistance des méninges est une lésion aussi constante que leur épaississement qu'elle accompagne toujours; mais de même que l'arachnoïde est la seule des deux membranes du cerveau qui soit véritablement susceptible de ce dernier genre d'altération, on ne doit de même attribuer qu'à elle seule la résistance que présentent les membranes cérébrales dans la méningite chronique. L'arachnoïde, qui, dans l'état normal, est si mince et si fragile, qu'il est impossible d'en enlever même de petits fragmens de la surface du cerveau, devient si dense dans cette maladie, qu'on la détache assez facilement de la convexité et de la face interne des hémisphères, sans qu'elle se déchire. Lorsqu'elle est séparée de l'encéphale, tantôt un tiraillement léger suffit pour la rompre; d'autres fois, elle résiste à une traction assez considérable. Sa ténacité est

très-souvent assez forte, pour qu'après en avoir séparé un lambeau qui tient encore au reste de la membrane, on puisse soulever toute la masse encéphalique à l'aide de ce lambeau, et la tenir suspendue sans qu'il se déchire. Dans quelques cas, il faut vraiment une force considérable pour le rompre.

Le degré de résistance de l'arachnoïde est toujours proportionnel à son épaississement; ainsi, il est plus considérable dans les endroits où celui-ci est plus marqué, comme au centre de la convexité des hémisphères, sur leur face interne, etc., tandis qu'il est léger dans les autres parties, où ce dernier genre d'altération est toujours moindre.

L'arachnoïde ventriculaire, dont la finesse et la fragilité sont telles, qu'on en a nié pendant long-temps l'existence, devient très-apparente et très-consistante dans la méningite chronique; l'on peut, en procédant avec précaution, la détacher des surfaces qu'elle tapisse : cette densité est ordinairement plus grande sur les couches optiques et les corps striés que dans les autres parties des ventricules. C'est sans doute à cette ténacité de la membrane séreuse qui la revêt, que la cloison doit la résistance qu'elle présente lorsqu'on ouvre les ventricules latéraux, et qui l'empêche de se déchirer dans les déplacemens du cerveau. Il faut même, en général, un véritable effort pour la rompre.

§. VI. *Epanchement de sérosité.*

L'inflammation chronique des méninges donne lieu, comme les phlegmasies des autres membranes séreuses, à l'exhalation d'une certaine quantité de sérosité incolore et limpide, qui s'amasse dans la cavité de l'arachnoïde, dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules cérébraux.

1°. *Épanchement de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde.* On rencontre toujours de la sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, c'est-à-dire entre le feuillet de cette membrane qui recouvre l'encéphale, et celui qui tapisse la face interne de la dure-mère. Ce fluide est plus abondant à la base du crâne, où il peut s'élever jusqu'à quatre, six, huit onces et plus. A l'ouverture des cadavres, il tombe dans les fosses occipitales et à l'origine du canal rachidien, lorsqu'on a enlevé la masse cérébrale; ce qui tient à la position de la tête, qui est inclinée en arrière; on en trouve également depuis quelques cuillerées jusqu'à trois, quatre et cinq onces, sur les hémisphères cérébraux, d'où il s'écoule lorsqu'on incise la dure-mère. J'en ai rencontré une fois douze onces environ (1), qui étaient accumulées sur la région supérieure du cerveau, dont elles avaient aplati les circonvolutions et resserré les anfractuosités, en même temps qu'elles distendaient énormément cette dernière

---

(1) Voyez pag. 133, deuxième série, neuvième observation.

membrane. Au moment où je fis une piqûre à celle-ci, la sérosité s'écoula avec un jet assez fort ; et à mesure qu'elle s'échappait au-dehors, on voyait le cerveau revenir sur lui-même. Lorsqu'il n'y eut plus de liquide, la dure-mère formait des plis à la surface de l'encéphale, et avait une capacité bien supérieure à celle qui était nécessaire pour contenir cet organe, qui était éloigné de plus d'un pouce, surtout en arrière, de la voûte du crâne.

Il s'écoule aussi assez souvent de la sérosité du canal vertébral ; mais il est difficile d'en apprécier la quantité, à cause de son mélange avec celle de la base du crâne (1).

2°. *Infiltration séreuse de la pie-mère.* L'infiltration séreuse de la pie-mère est un des caractères anatomiques constans de la méningite chronique. Elle constitue une sorte d'œdème analogue à celui qui se forme sous la membrane muqueuse du larynx et sous la plèvre pulmonaire, dans certaines angines chroniques et certaines maladies des poumons. Le tissu cellulaire est ici l'organe où est exhalé le fluide séreux. Il en est de même dans la maladie que je décris, puisque la pie-mère n'est qu'un lacis de

---

(1) Je n'ai trouvé qu'une seule fois l'arachnoïde rachidienne un peu épaissie, sur cinq ou six cadavres dont j'ai ouvert le canal vertébral. Je regrette beaucoup de ne pas l'avoir ouvert chez tous. Cependant, si l'on considère que les méninges de la base du cerveau, du cervelet et de la moelle alongée, sont toujours ou presque toujours saines, on aura tout lieu de penser qu'il en est de même de l'arachnoïde vertébrale.

vaisseaux sanguins réunis entre eux par ce dernier tissu. Une cause qui doit contribuer puissamment à cette exhalation, c'est la congestion sanguine dont cette membrane est constamment atteinte.

La sérosité ne s'amasse que dans les parties de la pie-mère qui sont injectées, subjacentes à l'arachnoïde épaissie, et bien plus sur les circonvolutions que dans les anfractuosités. Sa quantité est toujours très-abondante, mais elle varie beaucoup. Il est très-difficile de l'apprécier à cause de la difficulté de la recueillir dans un vase. Elle est ordinairement plus grande vers le centre de la face convexe des hémisphères et la grande scissure, que dans les autres parties; elle devient beaucoup moindre près de la base du cerveau et à ses régions antérieure et postérieure.

Tantôt l'infiltration séreuse de la pie-mère paraît à peu près uniforme, quand on en juge par l'extérieur des méninges, avant de les avoir détachées de l'encéphale; tantôt elle est beaucoup plus considérable dans certains endroits, et s'accumule dans quelques anfractuosités, qu'elle transforme en cavités, en les dilatant et en resserrant les circonvolutions voisines. Elle forme alors, à la surface de l'arachnoïde, de petites élévations qui ont une apparence gélatineuse. Assez souvent toute la région supérieure du cerveau présente cet aspect, et la membrane séreuse qui la recouvre paraît écartée de la surface cérébrale.

Quand on détache les méninges de cette surface,

on voit la sérosité s'écouler de tous côtés des mailles de la pie-mère, inonder la substance grise, et tomber dans les anfractuosités où elle s'accumule. Ce n'est que lorsque cette membrane est privée en grande partie de ce fluide qu'on peut bien juger de son injection sanguine, qui, jusques alors, était plus ou moins masquée par l'infiltration.

On ne trouve jamais de sérosité dans les points où les méninges sont adhérentes à la substance grise, et lorsque ces adhérences s'étendent à la plus grande partie des hémisphères, l'infiltration est presque nulle sur les circonvolutions; mais alors elle est ordinairement plus marquée dans les portions de la pie-mère qui tapissent les anfractuosités.

Lorsque les malades succombent dans la première ou la seconde période, ce qui est très-rare, il y a le plus souvent très-peu de sérosité dans la pie-mère, qui est fort injectée, et, en la détachant, ce fluide s'écoule, mêlé à une grande quantité de sang.

3°. *Épanchement de sérosité dans les ventricules.* Les ventricules latéraux et le troisième ventricule contiennent toujours de la sérosité, dont la quantité est variable, mais est rarement au-dessous d'une once. Dans deux ou trois cas seulement j'ai trouvé ces cavités entièrement vides.

Chez les deux tiers des sujets, les trois ventricules sont plus ou moins pleins de fluide séreux, sans offrir une augmentation bien sensible de capacité.

Chez un tiers environ, l'accumulation est énorme et constitue une *hydrocéphale chronique*. Les ventricules sont distendus et dilatés, et leur grandeur est augmentée d'un quart, d'un tiers, du double ou même davantage. Lorsqu'on leur fait une piqûre étroite, une partie de la sérosité s'échappe rapidement au dehors et avec un jet très-marqué.

La substance cérébrale qui forme les parois des ventricules latéraux n'est point altérée dans ces espèces d'hydrocéphale. Cependant j'ai observé un cas (1) où leur plancher, comprimé par une quantité énorme de sérosité, avait presque entièrement disparu ; ce fluide avait percé l'arachnoïde qui recouvre cette paroi inférieure et s'était infiltré dans les mailles de la pie-mère qui tapisse les lobes moyens du cerveau, où elle avait formé sous chacun de ces lobes une espèce de poche irrégulière, transparente et molle, de forme alongée, plus large et plus distendue en avant qu'en arrière, libre dans sa partie inférieure, qui était logée dans la fosse latérale et moyenne de la base du crâne, et adhérente au cerveau dans la supérieure ; ses parois étaient formées par l'arachnoïde, qu'elle avait détachée de la surface des lobes moyens. La substance cérébrale sur laquelle cette poche était appliquée, était ramollie et réduite en petits fragmens blanchâtres.

---

(1) Voyez pag. 127, deuxième série, huitième observation.

§. VII. *Adhérences des méninges.*

Les méninges, qui dans leur état sain ont une de leurs surfaces libre et l'autre appliquée sur le cerveau sans aucune union avec lui, peuvent contracter des adhérences, soit entre elles, soit avec ce dernier organe, lorsqu'elles sont atteintes d'une inflammation chronique. Parmi ces lésions, les dernières sont de la plus haute importance, à cause du rôle qu'elles jouent dans cette maladie, comme causes d'un ordre particulier de symptômes. Décrivons successivement les unes et les autres.

1°. *Adhérences de l'arachnoïde avec elle-même.* Les adhérences qui se forment dans la cavité de cette membrane, entre une partie de sa face libre et la partie correspondante, sont assez rares. J'en ai trouvé à peine huit à dix fois sur cent. Ces adhérences, qui ont lieu à l'aide de lames cellulaires plus ou moins serrées et plus ou moins étendues, se rencontrent le plus souvent dans la grande scissure, à l'endroit où elle n'est point occupée par la faux. Quelquefois elles se forment entre l'arachnoïde cérébrale et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Je n'en ai vu qu'une ou deux fois dans les ventricules. Dans un cas où la maladie était compliquée, j'ai trouvé les deux feuillets de l'arachnoïde réunis entre eux d'une manière très-intime à l'aide d'une fausse membrane assez étroite qui était placée entre eux.

2°. *Adhérences des méninges au cerveau.* Quoique cette lésion ne soit point un caractère anatomique constant de la méningite chronique, et qu'elle soit même, à proprement parler, une complication de cette maladie avec une encéphalite consécutive de la substance grise, aucune ne mérite une étude plus approfondie, soit à cause de sa fréquence et de sa gravité, soit à cause de la marche particulière qu'elle imprime à l'inflammation chronique des membranes, soit enfin à cause des phénomènes remarquables qu'elle occasione.

Les adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère à la substance grise du cerveau existent chez la moitié des malades au moins; on les reconnaît au caractère suivant: En détachant ces membranes de la surface de l'encéphale, on enlève une couche mince et plus ou moins étendue de la substance grise, qui reste unie à leur face interne et qu'on ne peut séparer qu'en râçlant celle-ci avec un scalpel.

Ces altérations varient beaucoup pour l'étendue. Tantôt elles n'ont lieu que sur un petit nombre de points, de l'étendue d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un haricot, d'une pièce de cinq francs, etc.; tantôt elles sont beaucoup plus nombreuses et plus larges, et alors elles sont souvent réunies entre elles ou isolées par de petits intervalles. On les rencontre ordinairement sur les deux hémisphères, quelquefois sur un seul, et toujours sur leur convexité et leur face interne, uniquement dans les endroits où les méninges sont altérées. Elles s'étendent quel-

quefois à un hémisphère entier ou à tous les deux. Dans un ou deux cas, j'en ai trouvé à la base du cerveau, dont les membranes étaient épaissies.

La couche de substance grise qui reste adhérente à la face interne des méninges, est toujours très-molle, tantôt ayant à-peu-près sa couleur naturelle, tantôt offrant une teinte rosée. Ordinairement très-mince, elle a un quart de ligne ou une demi-ligne d'épaisseur; mais il n'est pas rare qu'elle ait une ligne ou même une ligne et demie. L'endroit de la surface cérébrale, dont elle a été séparée, se présente sous la forme d'un petit ulcère superficiel, à surface inégale, de forme et d'étendue variées.

Les lésions dont nous parlons occupent toujours les circonvolutions cérébrales, ce qui prouve évidemment combien s'est trompé l'auteur de l'article *encéphalite* du Nouveau Dictionnaire de Médecine, qui, en parlant de mes Recherches sur l'Arachnitis chronique, me reproche d'avoir attribué à l'arachnoïde des altérations qui ont uniquement leur siége dans la pie-mère. Si cette opinion était fondée, les adhérences des méninges au cerveau devraient se rencontrer aussi dans les anfractuosités où ce réseau cellulo-vasculaire est isolé de la membrane séreuse. Or, je n'ai pas encore vu une seule fois cette circonstance.

§. VIII. *Etat de la surface du cerveau subjacente aux méninges altérées.*

Lcs portions de la substanee grise sur lesquelles sont appliquées les méninges affectées d'inflammation chronique, s'éloignent ordinairement plus ou moins de leur état naturel. Mais eet état varie suivant le degré de l'infiltration séreuse et de l'injeetion sanguine dc la pie-mèrc, et suivant l'existence ou la non-existence des adhérenees des membranes au cerveau.

1°. Lorsque la pie-mère est infiltrée d'une très-grande quantité de sérosité et que sa eongestion sanguine est masquée par cc dernier fluide, la substance grise subjaeente paraît un peu plus molle qu'à l'ordinaire : mais elle s'éloigne bien peu de son état normal; sa eouleur, au lieu d'être rosée, est ordinairement moins grise et assez souvent pâle d'une manière manifeste. Cependant il n'est pas rare, même dans ce dernier cas, de la trouver un peu injeetée en l'incisant.

2°. Dans les cas où l'injection sanguinc de la pie-mère est très-eonsidérable, la surfaee du eerveau offre tantôt une couleur rosée, tantôt une rougeur très-sensible. En la eoupant par eouehes, on la trouve toujours injectée d'une manière très-marquée, qui est beaucoup moins tranehéc dans les portions de substanee médullaire qui avoisinent la substancc corticalc. Cellc-ei est toujours, dans ces

cas, beaucoup plus molle que lorsque la pie-mère est le siége d'une infiltration séreuse. Néanmoins, elle n'offre point ce degré de mollesse qui est le signe évident d'une encéphalite, et dont nous allons maintenant nous occuper.

3°. Toutes les fois que les méninges sont adhérentes aux circonvolutions cérébrales, indépendamment de la portion de substance corticale qui reste unie à leur face interne et qui est ramollie d'une manière non équivoque, l'endroit de la surface du cerveau dont cette portion a été enlevée, et qui, comme nous l'avons dit, se présente sous la forme d'une ulcération superficielle, offre constamment une mollesse remarquable quelquefois diffluente, tantôt sans changement bien sensible de couleur, et tantôt accompagnée d'une injection ou d'une couleur rosée bien plus marquée que sur les autres parties de la substance grise.

Dans les anfractuosités où l'on ne trouve jamais d'adhérences, l'injection et la mollesse de cette substance sont toujours beaucoup moins considérables.

§. IX. *Granulations sur les faces libres de l'arachnoïde cérébrale et ventriculaire.*

Les granulations dont nous allons nous occuper sont de petites aspérités arrondies, sphériques, excessivement ténues, qui ont quelque analogie avec celles qu'on rencontre à la face interne des

membranes séreuses dans certains cas de phlegmasie chronique. Elles ont leur siége à la surface libre de l'arachnoïde cérébrale et de l'arachnoïde ventriculaire.

1°. Les premières sont assez rares, car je n'en ai rencontré que sur un dixième environ des cadavres; on les trouve ordinairement vers le milieu de la convexité des hémisphères, et quelquefois près de la grande scissure; elles ont un si petit volume, qu'on ne peut les apercevoir qu'à une forte lumière, et qu'elles échappent le plus souvent au toucher.

2°. Les granulations de l'arachnoïde ventriculaire existent dans tous ou presque tous les cas. Elles sont parsemées en nombre extrêmement considérable à la surface des quatre cavités cérébrales, où elles sont très-rapprochées les unes des autres, arrondies, semblables en quelque sorte à une poudre de sable qu'on aurait répandue sur cette surface. Elles sont ordinairement plus nombreuses dans le quatrième ventricule que dans les autres; les couches optiques et les corps striés en sont toujours hérissés: elles sont plus rares à la voûte des ventricules latéraux.

Ces granulations sont si ténues, qu'il est quelquefois difficile ou même impossible de les sentir au toucher; mais le plus souvent, en promenant légèrement les doigts sur l'arachnoïde, on trouve sa surface rude, inégale, et comme chagrinée. Dans quelques cas rares, ces aspérités sont à-peu-près du volume d'une petite tête d'épingle.

La production de ces granulations est-elle liée à l'existence d'une fausse membrane, comme on le voit pour celles qui se forment dans les phlegmasies des autres membranes séreuses ? L'examen le plus attentif ne nous a rien fait apercevoir qui soit dans le cas de nous faire résoudre cette question d'une manière affirmative.

§. X. *Exhalations albumineuses et fausses membranes.*

Il se forme quelquefois dans la cavité de l'arachnoïde des exhalations d'albumine concrète, mais sans cohésion, qui se présentent sous la forme de petits amas d'une matière blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, répandus çà et là en petite quantité sur quelques points de cette membrane séreuse.

Mais cette exhalation est ordinairement plus abondante, et l'albumine, qui en est le produit, se transforme en une *fausse membrane* analogue à celles qu'on trouve si fréquemment sur la plèvre, le péricarde, le péritoine, etc.

On rencontre ces exsudations chez un sixième environ des malades qui succombent à la méningite chronique.

Leur siége est toujours à la face interne de la dure-mère, c'est-à-dire dans l'intervalle des deux feuillets de l'arachnoïde. Tantôt elles recouvrent la dure-mère crânienne dans toute son étendue, ou seulement celle qui est appliquée sur le cerveau ;

tantôt elles sont bornées à la convexité d'un ou des deux hémisphères, à la faux, à la région occipitale, etc.; mais on ne les trouve jamais uniquement à la base du crâne.

Leur surface externe, appliquée sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère, est adhérente à ce feuillet, tantôt d'une manière très-lâche, et alors on les sépare facilement sans qu'elles se déchirent; tantôt d'une manière ferme et intime, et dans ce cas il est quelquefois très-difficile, ou même impossible, de les en détacher. Leur surface interne est seulement contiguë à l'arachnoïde cérébrale, avec laquelle elle ne contracte jamais aucune union. Aussi est-ce sur la face interne de la dure-mère, et non sur celle-ci, qu'il faut chercher les fausses membranes, quand on ouvre les cadavres.

Ces productions inflammatoires sont souvent transparentes, surtout lorsqu'elles sont très-minces; mais elles peuvent présenter une couleur blanchâtre, grisâtre, rougeâtre, et plus rarement jaunâtre, brunâtre et noirâtre. Elles offrent fréquemment des nuances différentes dans leur étendue.

L'épaisseur des fausses membranes varie beaucoup : elles sont quelquefois d'une ténuité telle, qu'on pourrait les comparer à une toile d'araignée; ordinairement elles sont plus épaisses, et égalent la plèvre, la dure-mère, etc.; elles peuvent même acquérir une demi-ligne, une ligne, ou même deux lignes d'épaisseur, ce qui est néanmoins très-rare. Cette épaisseur n'est pas la même dans toutes les

parties de leur étendue ; elle est plus considérable sur la convexité des hémisphères que partout ailleurs, et elle va en diminuant à mesure qu'on s'approche de la base du crâne, où ces productions disparaissent souvent, ou deviennent arachniformes.

Leur résistance est, en général, proportionnelle à leur épaisseur ; celles qui sont très-minces sont si molles, qu'on les déchire en les touchant, tandis que celles qui sont épaisses sont souvent assez dures et difficiles à déchirer. Elles présentent quelquefois une grande ténacité, une dureté et une apparence cartilagineuses.

Leur organisation présente également beaucoup de différences. Celles qui sont minces sont couenneuses, semblables aux pellicules albumineuses des œufs, et sans structure propre, distincte ; les autres offrent souvent sur une de leurs faces, celle qui est unie à la dure-mère, des traces de vaisseaux sanguins injectés et entrecroisés en divers sens. On y voit aussi quelquefois des plaques noirâtres ou brunâtres, qui sont évidemment d'anciens caillots de sang en partie résorbés. Les fausses membranes épaisses sont composées de plusieurs feuillets superposés, qu'on peut séparer dans une certaine étendue, et entre lesquels il n'est pas rare de trouver des concrétions fibrineuses brunâtres, ou même des caillots d'un sang plus ou moins décoloré.

§. XI. *Injection du feuillet arachnoïdien de la dure-mère.*

On trouve le feuillet de l'arachnoïde qui tapisse la dure-mère injecté chez un quart environ des individus atteints de méningite chronique ; tantôt cette injection ne se fait remarquer que dans un certain nombre de vaisseaux, qui laissent entre eux de grands intervalles dans lesquels la membrane conserve sa couleur ; tantôt elle existe dans une multitude de capillaires, qui forment un réseau rouge plus ou moins serré à la surface de la dure-mère ; tantôt enfin cette dernière offre une couleur rosée, ou même rouge, ordinairement inégale, et souvent disposée par plaques.

L'injection ou la rougeur du feuillet arachnoïdien de la dure-mère sont extrêmement rares, lorsqu'il n'y a point de fausse membrane à sa surface ; mais elles accompagnent constamment ces productions accidentelles, avec lesquelles elles ont un rapport évident. Ainsi, elles ont toujours la même étendue que ces dernières ; elles sont plus marquées dans les endroits où celles-ci sont plus épaisses, *et vice versâ*. Ce fait est facile à expliquer : les exsudations membraneuses, se formant uniquement sur la face interne de la dure-mère, sont évidemment une production inflammatoire de cette face ; il faut donc que l'arachnoïde qui la tapisse soit préliminairement enflammée pour y donner lieu ; or, l'injection et la

rougeur, réunies à d'autres lésions, sont des signes anatomiques d'une phlegmasie qui existait pendant la vie.

§. XII. *Épanchemens sanguins.*

J'ai rencontré sur un huitième environ des individus qui avaient succombé à la méningite chronique, des épanchemens sanguins dans la cavité de l'arachnoïde. Ces épanchemens sont très-rares, lorsqu'il n'y a point de fausse membrane sur la face interne de la dure-mère. Je n'en ai trouvé que cinq ou six fois sur cent ouvertures de cadavres; ils occupaient une étendue plus ou moins grande de l'arachnoïde cérébrale, le corps strié, la fosse latérale gauche, etc.; ils étaient formés par du sang liquide ou coagulé, dont la quantité variait depuis un quart d'once jusqu'à une once, ou même une once et demie. Après avoir enlevé ce dernier, et lavé la face externe de l'arachnoïde sur laquelle il était répandu, on ne remarquait aucune espèce de rupture ni d'érosion de cette face; ce qui prouve évidemment que ces épanchemens s'étaient faits par exhalation.

Les épanchemens sanguins, qui accompagnent les fausses membranes, sont ordinairement placés entre la face externe de ces exsudations et la face interne de la dure-mère, à la voûte du crâne, sur les apophyses d'Ingrassias, ou dans les fosses de la base du crâne. Ils se présentent sous la forme de caillots noirâtres, rougeâtres, brunâtres, ou

tirant sur le jaune, d'étendue et de consistance variables : on en trouve ordinairement plusieurs sur le même individu. La quantité de sang est, en général, peu considérable ; cependant j'en ai trouvé une fois deux onces environ, qui était liquide, noir, et mêlé de concrétions fibrineuses. Cet épanchement était contenu dans une sorte de canal sinueux, situé dans les fosses occipitales inférieures, formé en dedans par une fausse membrane très-épaisse, adhérente dans le reste de son étendue au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, et en dehors par ce feuillet lui-même.

Combinaison des lésions organiques dans les différens cas de méningite chronique.

Nous venons d'examiner, d'une manière isolée, chacune des lésions dont l'ensemble constitue les caractères anatomiques de la méningite chronique. Mais ces altérations n'existent jamais ainsi séparées les unes des autres; elles sont toujours réunies en nombre plus ou moins considérable, ayant entre elles des rapports d'étendue, de forme et d'intensité qu'il est très-important de connaître. L'examen analytique que nous venons d'en faire ne pourra donc en donner une idée suffisante, qu'après que nous aurons montré comment elles se combinent entre elles dans les différens cas. Parmi ces lésions, les unes sont constantes et forment essentiellement les caractères anatomiques de la maladie que nous

décrivons ; les autres, quoique appartenant à cette dernière, n'existent pas toujours.

1°. *Lésions constantes.* Dans tous les cas d'inflammation chronique des méninges, l'arachnoïde cérébrale a perdu une partie ou même la totalité de sa transparence ; elle est grisâtre ou blanchâtre, quelquefois uniformément, le plus souvent d'une manière inégale ; elle est épaissie et augmentée de consistance et de cohésion à des degrés très-variés ; une quantité plus ou moins grande de sérosité est épanchée dans l'intervalle des deux feuillets qui la composent. Les vaisseaux de la pie-mère, plus ou moins injectés, contiennent beaucoup de sang ; cette membrane cellulo-vasculaire est infiltrée d'une quantité toujours considérable de sérosité. Ces altérations occupent la convexité et la face interne des hémisphères.

Les ventricules contiennent de la sérosité ; l'arachnoïde, qui les revêt, est épaissie, beaucoup plus résistante que dans son état naturel, et hérissée de granulations.

2°. *Lésions non constantes.* Les altérations non constantes, qui se joignent à celles dont nous venons de parler, sont la distension des ventricules par le fluide séreux, les adhérences des méninges à la substance grise, les fausses membranes, l'injection du feuillet arachnoïdien de la dure-mère, et les épanchemens sanguins.

La dilatation des ventricules par la sérosité se rencontre trente fois sur cent ; elle est accompagnée,

en général, d'une consistance assez considérable du cerveau et d'une résistance de l'arachnoïde, qui revêt ces cavités, plus grande que dans les autres cas.

L'encéphalite consécutive de la substance grise, qui se manifeste par des adhérences des méninges au cerveau, existe sur la moitié des individus qui succombent à la méningite chronique. Lorsqu'elle s'étend à un grand nombre de points, la pie-mère est plus injectée qu'à l'ordinaire et beaucoup moins infiltrée de sérosité ; la surface du cerveau a une couleur plus ou moins rosée. Lorsqu'elle est générale, l'infiltration séreuse est légère et n'existe que dans les anfractuosités.

Les fausses membranes se rencontrent chez un peu plus d'un sixième des sujets. La face interne de la dure-mère, sur laquelle on les trouve, offre toujours une injection ou une rougeur qui sont excessivement rares, lorsque ces productions albumineuses manquent.

Les épanchemens sanguins, qui existent sur un huitième environ des cadavres, accompagnent le plus souvent les fausses membranes.

Article Second.

CARACTÈRES ANATOMIQUES

De la méningite chronique, compliqués avec différentes lésions cérébrales.

Les complications cérébrales de la méningite chronique ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le penser, quand on envisage la variété des symptômes qu'elle présente dans son cours. Sur cent ouvertures de cadavres, je n'ai rencontré que neuf fois des lésions différentes de celles qui appartiennent à la maladie que je décris.

Dans sept cas, ces lésions consistaient en des ramollissemens de la substance cérébrale, qui variaient pour leur siége, leur étendue, leur couleur et leur consistance, et qu'il serait déplacé de décrire ici. Dans un autre cas, il y avait au milieu d'un des hémisphères une tumeur fibreuse de la grosseur d'un œuf, qui comprimait le cerveau dans tous les sens, et autour de laquelle la substance de cet organe était ramollie. La dernière complication que j'ai rencontrée était une arachnitis aiguë, avec suppuration de la base de l'encéphale.

Les attaques apoplectiques sont si fréquentes à l'invasion et pendant le cours de la méningite chronique, qu'on a lieu de s'étonner de ne point rencontrer d'épanchement sanguin dans la substance

cérébrale à l'ouverture des sujets qui succombent à eette maladie. Je puis cependant affirmer que je n'en ai pas trouvé un seul exemple parmi les nombreuses autopsies que j'ai eu l'oeeasion de faire. Il est manifeste par-là que les attaques dont nous venons de parler étaient uniquement produites par des congestions sanguines subites dans les vaisseaux de la pie-mère.

Article Troisième.

ÉTAT DE LA DURE-MÈRE ET DE L'ENCÉPHALE

Chez les sujets qui ont succombé à la méningite chronique.

A l'exception des complications dont je viens de parler, je n'ai point rencontré dans ces organes d'altération réelle et bien manifeste, qui parût avoir un véritable rapport avec les symptômes de la maladie. Les différens états dans lesquels j'ai trouvé l'encéphale, et qu'on pourrait le plus regarder eomme maladifs, consistaient en une injeetion plus ou moins marquée, et en un degré de eonsistance supérieur ou inférieur à eelui qu'il présente ordinairement. J'ai cru remarquer, en général, que l'augmentation de résistance coïncidait avee des épanehemens séreux considérables, et sa diminution avec une très-forte injeetion sanguine des méninges, et avee une petite quantité de sérosité dans la pie-mère et dans les ventrieules.

1°. *État de la dure-mère.* La dure-mère n'offre jamais aucune altération dans la méningite chronique, à l'exception de la rougeur de sa face interne, qui ne doit point lui être attribuée, puisqu'elle appartient au feuillet séreux qui la tapisse; elle est quelquefois adhérente, dans une étendue plus ou moins grande, à la face interne du crâne, dont on a beaucoup de peine à la séparer. Il se forme aussi, dans quelques cas rares, des ossifications à sa surface interne, très-variables relativement à leur siége, leur volume et leur forme. Elles sont toujours fort irrégulières et alongées, et offrent beaucoup d'aspérités et de prolongemens aigus; elles sont placées entre la dure-mère et son feuillet arachnoïdien : on les rencontre le plus souvent à la faux, le long du sinus longitudinal supérieur, etc.

2°. *État du cerveau.* Chez le plus grand nombre des individus qui succombent à la maladie que je décris, le cerveau offre à-peu-près sa consistance naturelle; je dis à-peu-près, car il est extrêmement difficile, sous ce rapport, de déterminer où s'arrête l'état normal et où commence l'état maladif, puisqu'on rencontre tous les jours des cerveaux ou très-mous ou très-consistans chez des individus qui n'avaient jamais présenté, pendant leur vie, de symptômes cérébraux.

Cependant, sur un peu plus d'un tiers des cadavres, la substance encéphalique paraît s'éloigner plus ou moins de l'état normal, sous le rapport de

la consistance ; tantôt elle paraît plus ferme, et tantôt plus molle qu'à l'ordinaire.

Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, le cerveau résiste à l'impression du doigt qui le presse ; il faut quelquefois un certain effort pour l'inciser, et, lorsqu'on l'ouvre, ses parties intérieures, qui ordinairement se déchirent au moindre contact ou en tirant cet organe de la boîte osseuse qui le renferme, non-seulement conservent parfaitement leur forme, mais pourraient même être touchées et supporter une certaine pression, sans solution de continuité. Cette augmentation de consistance du cerveau paraît dépendre d'une compression à laquelle il a été long-temps exposé ; car j'ai toujours trouvé, lorsqu'elle était très-sensible, un épanchement séreux considérable dans les ventricules et la cavité de l'arachnoïde. Ce qui prouve l'influence de cette cause, c'est que les circonvolutions sont aplaties, et les anfractuosités très-étroites et très-resserrées sur les cadavres dont le cerveau est très-ferme ; j'ai même vu quelquefois, lorsque la sérosité était portée au plus haut degré, cet organe revenir lentement sur lui-même, au moment où ce fluide s'écoulait.

L'état général de mollesse du cerveau, quoique assez marqué dans quelques cas, n'est jamais comparable, sous aucun rapport, aux ramollissemens partiels de cet organe. On le rencontre ordinairement dans les circonstances où les méninges offrent les caractères d'une phlegmasie très-intense, sur-

tout lorsqu'elle est compliquée d'une inflammation fort étendue de la substance grise : cette mollesse est à-peu-près égale partout, et n'est point accompagnée de changement de couleur de la pulpe encéphalique.

Près de la moitié des cadavres présentent encore une injection plus ou moins marquée du cerveau, qu'il est facile de reconnaître aux gouttelettes qui suintent à la surface des tranches de cet organe, lorsqu'on le partage en plusieurs morceaux.

3°. *État de la protubérance cérébrale et de la moelle alongée.* Ces organes participent, en général, à l'état de mollesse ou de fermeté du cerveau. Dans deux cas, je les ai trouvés extrêmement durs et résistans, criant sous l'instrument qui les incisait, et revenant un peu sur eux-mêmes après avoir été comprimés. Je ne doute point que cet état ne fût réellement maladif; mais je ne saurais décider de quelle nature il était, ni quels symptômes il avait pu produire dans son cours. Cependant il me paraît probable que cette altération était l'effet d'une inflammation chronique terminée par induration.

4°. *État du cervelet.* Le cervelet et ses méninges m'ont toujours paru dans l'état naturel, à l'exception d'une légère injection, lorsque le reste de l'encéphale était le siége d'une très-forte congestion sanguine. Sa consistance n'est jamais ni trop molle ni trop ferme, ce qui vient à l'appui de l'opinion que je viens d'émettre sur les causes des changemens de consistance qui surviennent dans le cerveau. Nous

voyons, en effet, que le cervelet n'est soumis, dans l'inflammation chronique des méninges, ni à une compression lente et graduelle susceptible d'endurcir sa substance, ni à une irritation vive, de nature à la rendre plus molle.

5°. *État de la moelle vertébrale.* J'ai trop rarement ouvert le canal vertébral, pour pouvoir rien avancer de général sur l'état de la moelle dans la méningite chronique. Néanmoins, si l'on considère qu'à l'exception d'un seul cas, où les méninges de cet organe paraissaient épaissies, j'ai trouvé celui-ci sain les cinq ou six fois où je l'ai examiné, qu'il est toujours dans son état normal à son origine, et que tous les symptômes de la maladie s'expliquent facilement par les lésions méningiennes du cerveau, on sera très-fondé à penser que la moelle est saine dans la maladie que je décris. Cependant je regrette beaucoup de ne pas m'en être assuré d'une manière positive. L'origine du canal vertébral contient toujours une quantité plus ou moins grande de sérosité, qui est sans doute descendue de la cavité crânienne pendant la vie.

Article Quatrième.

ÉTAT DES DIFFÉRENS ORGANES DE L'ÉCONOMIE,

Autres que ceux de l'appareil sensitif interne, chez les individus qui ont succombé à la méningite chronique.

Parmi les différentes altérations organiques qu'on rencontre à l'ouverture du cadavre des individus qui sont morts de l'inflammation chronique des méninges, les unes, et les plus rares, sont purement accidentelles, et n'ont aucun rapport manifeste avec cette maladie ; les autres, préexistantes à son invasion, paraissent avoir plus ou moins contribué à son développement ; et le plus grand nombre, enfin, doivent être considérées comme des effets éloignés de cette affection. Je vais les décrire d'une manière succincte, en parcourant successivement l'état extérieur du corps et les organes cervicaux, thoraciques et abdominaux.

1°. *Habitude extérieure.* La maladie que nous décrivons étant toujours fort longue et entraînant une mort presque certaine, doit nécessairement donner lieu à des changemens dans l'état extérieur du corps.

Un quart des sujets morts de méningite chronique sont dans un état de maigreur considérable, qui va souvent jusqu'au marasme le plus complet ;

d'autres offrent un embonpoint musculaire et graisseux très-marqué ; leurs muscles sont fermes, consistans et entourés de beaucoup de graisse solide ; quelques-uns sont dans un état d'obésité monstrueux ; la peau est séparée des muscles par une couche adipeuse générale, qui a quelquefois jusqu'à deux pouces d'épaisseur sur les parois du ventre. Les viscères thoraciques et abdominaux sont comme noyés dans des masses graisseuses énormes.

Plus de la moitié des cadavres présentent un embonpoint ordinaire.

On trouve, chez un grand nombre, des escarres noires ordinairement larges, qui occupent le sacrum, les grands trochanters, et quelquefois les lombes, la région dorsale, la partie postérieure des épaules, les coudes, les genoux et les pieds ; dans quelques cas, au lieu d'escarres ce sont des plaies profondes d'un aspect brûnatre, dont la surface offre des fragmens de chair gangrénée, imbibés d'un pus fétide ; dans deux ou trois cas, j'ai vu les talons noirs couverts de phlyctènes et évidemment sphacelés.

2°. *Cou.* Les organes cervicaux sont toujours sains ; mais j'ai trouvé sur le cadavre de deux malades, qui s'étaient asphyxiés en mangeant, des morceaux d'alimens qui remplissaient le larynx et fermaient l'ouverture de la glotte ; et sur celui d'un autre individu, un anneau à cachet, qui était placé en travers à la partie supérieure de l'œsophage, de manière à comprimer les cerceaux supérieurs de la trachée-artère, qui était aplatie.

3°. *Viscères thoraciques.* Près d'un sixième des cadavres m'ont offert une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, avec ou sans dilatation de cet organe. Les parois de cette cavité étaient fermes, résistantes et beaucoup plus épaisses que dans l'état naturel : cet état coïncidait quelquefois avec un amincissement du ventricule gauche.

Dans quelques cas rares, j'ai trouvé une petite quantité de sang ou de sérosité dans le péricarde. Sur deux cadavres, la face interne de cette enveloppe était adhérente à la surface du cœur ; sur un autre, il y avait les signes anatomiques d'une péricardite chronique, c'est-à-dire un fluide sero-albumineux dans la cavité du péricarde, et une fausse membrane à sa surface.

Un huitième des sujets m'ont présenté une pleurésie chronique, qui avait été plus ou moins latente chez la plupart d'entre eux. Une et quelquefois les deux cavités pectorales étaient remplies par une grande quantité d'un fluide séro-albumineux, jaunâtre ou blanchâtre, dans lequel nageaient une foule de flocons de la même couleur. La cavité de la plèvre était tapissée par une fausse membrane dont l'épaisseur et la consistance étaient très-variables. Le poumon, plus ou moins comprimé, avait perdu une partie de sa crépitance ; il était quelquefois comme atrophié, privé d'air et retiré à la partie interne de la poitrine.

Les considérations suivantes me portent à penser que les inflammations des membranes séreuses, qui

surviennent dans le cours de la méningite chronïque, sont un effet de cette maladie, par suite des rapports qui existent entre toutes les parties du système nerveux :

1°. Il n'est pas rare de rencontrer des inflammations simultanées du péritoine, de la plèvre, du péricarde, etc. L'arachnitis aiguë offre quelquefois des exemples semblables.

2°. En réunissant aux cas où nous avons trouvé la méningite compliquée avec une pleurésie chronique, ceux où l'inflammation des méninges coïncidait avec une phlegmasie chronique du péricarde ou du péritoine, nous voyons que les inflammations des membranes séreuses existaient sur un sixième environ des malades.

3°. Avant l'invasion de l'aliénation mentale, on n'avait remarqué aucun symptôme de ces phlegmasies, dont le développement ne paraissait avoir eu lieu qu'à une époque assez avancée du cours de la maladie.

Sept malades ont succombé à une pneumonie, avec hépatisation d'un des poumons; deux autres à une inflammation pulmonaire circonscrite et accompagnée de foyers remplis d'un pus blanchâtre. J'ai trouvé sur trois cadavres des excavations tuberculeuses et des tubercules à différens degrés, dont l'existence avait été à peine soupçonnée pendant la vie ; chez un autre, les poumons étaient creusés de plusieurs cavités ulcéreuses dont les parois étaient formées par le parenchyme pulmonaire lui-même.

4°. *Viscères abdominaux.* Chez la moitié environ des individus qui succombent à la méningite chronique, on trouve des traces d'une inflammation plus ou moins marquée de la membrane muqueuse gastro-intestinale, qui sont tantôt bornées à l'estomac, tantôt aux intestins, et tantôt étendues au tube digestif tout entier.

Dans l'estomac, ces lésions consistent en des plaques rosées, rouges, brunâtres, qui le plus souvent sont parsemées çà et là sur la membrane muqueuse, et dans l'intervalle desquelles cette membrane a sa couleur naturelle; d'autre fois, cette rougeur s'étend à la moitié pylorique ou à la moitié cardiaque du ventricule, ou même à sa cavité entière. Elle présente ordinairement des nuances variées; quelquefois cependant elle est à-peu-près égale dans toute l'étendue de la cavité gastrique. La membrane muqueuse est assez souvent épaissie et très-résistante; dans quelques cas, elle offre un endurcissement tel, qu'elle crie sous l'instrument et qu'elle a une apparence demi-cartilagineuse.

Dans le canal intestinal, les signes d'inflammation varient depuis une teinte rosée, partielle ou générale, disposée par points, par plaques, par lignes, etc., jusqu'à une couleur rouge vermillon, rouge écarlate, ou même rouge brun, qui se rencontre dans l'intestin grêle, le gros intestin, ou dans la plus grande partie du tube intestinal. La membrane muqueuse est souvent épaissie, comme à l'estomac, mais d'une manière beaucoup moins

intense. Dans quelques cas, elle offre des ulcérations qui varient beaucoup pour le nombre et la disposition. J'ai trouvé, dans deux circonstances où la rougeur et l'injection étaient très-vives, de petits foyers purulens qui avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui s'ouvraient à la surface de la membrane interne par une petite ouverture très-étroite, d'où l'on faisait sortir le pus en pressant légèrement l'intestin.

Les partisans de la doctrine physiologique triompheront sans doute, en voyant la fréquence des phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'espèce d'aliénation mentale que je décris. Ils ne manqueront pas d'attribuer celle-ci à une irritation sympathique occasionée par la gastro-entérite ; mais ils se convaincront facilement de la fausseté de cette opinion, s'ils considèrent, 1°. que plus de la moitié des cadavres ne présente aucune trace de cette maladie; 2°. qu'aucun malade n'en avait offert les symptômes avant l'invasion de l'aliénation, ou à cette époque; 3°. que, chez ceux qui en ont offert les caractères anatomiques, les symptômes de phlegmasie, gastrique ou intestinale, ne s'étaient manifestés qu'à une époque très-avancée de la méningite chronique, ordinairement dans la dernière période.

Si on ajoute à ces faits l'irritation sympathique bien évidente de l'estomac et des intestins, que l'on remarque souvent dans les cas d'arachnitis aiguë, on sera obligé de conclure avec nous que la gastro-

entérite, qui survient dans le cours de la méningite chronique, loin d'être une des causes de cette maladie, doit au contraire être considérée comme un de ses effets.

J'ai trouvé sur cinq cadavres la vésicule biliaire remplie de calculs de grosseur et de forme différentes; sur un autre, ce réservoir avait été entièrement détruit par la suppuration, et sa place était occupée par le duodénum, qui était ulcéré et adhérent au foie par les bords de la solution de continuité.

Huit individus offraient des lésions de la vessie urinaire : chez trois, c'était une distension énorme de cet organe par une grande quantité d'urine; chez deux autres, c'étaient des calculs assez volumineux, et chez les trois derniers, des traces manifestes de cystite chronique. On ne s'étonnera point de ces altérations, si l'on fait attention que, dans la dernière période de l'inflammation des méninges, la vessie, comme la plupart des organes, est à demi paralysée, et que l'urine séjourne longtemps dans sa cavité, distend et irrite ses parois, sans qu'elle puisse s'en débarrasser autrement que par regorgement.

Les autres lésions que j'ai rencontrées dans l'abdomen sont trop peu importantes et trop rares pour mériter d'être citées.

TABLEAU *des caractères anatomiques de la Méningite Chronique et de l'état des différens organes chez les individus qui succombent à cette maladie, d'après* 100 *ouvertures de cadavres.*

I. *Caractères anatomiques de la Méningite Chronique.*

	Nombre des sujets.
Opacité, épaississement, augmentation de consistance de l'arachnoïde cérébrale, qui recouvre la convexité et la face interne des hémisphères; Injection sanguine et infiltration séreuse de la pie-mère subjacente; Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; Epaississement de l'arachnoïde ventriculaire, granulations à sa surface, épanchement de sérosité dans les ventricules.	100
Les mêmes lésions se prolongeant aux méninges de la base du cerveau.	3 ou 4
Epanchement considérable de sérosité dans les ventricules, avec distension et dilatation de ces cavités.	30
Adhérences des méninges (arachnoïde et pie-mère) à une étendue plus ou moins grande des circonvolutions des hémisphères, avec injection et ramollissement superficiel de la substance grise dans les points d'adhérence.	51
Fausses membranes plus ou moins épaisses, et plus ou moins étendues, dans la cavité de l'arachnoïde, sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère.	18
Feuillet arachnoïdien de la dure-mère plus ou moins injecté ou rouge, et dans une étendue variable.	25

	Nombre des sujets.
Sang fluide ou coagulé épanché entre les deux feuillets de l'arachnoïde, accompagnant ou non les fausses membranes.	13

II. *Caractères anatomiques de la Méningite Chronique compliqués avec différentes lésions cérébrales.*

	Nombre des sujets.
Méningite chronique avec ramollissement d'une partie plus ou moins étendue du cerveau. .	7
Méningite chronique avec une tumeur fibreuse dans un des hémisphères.	1
Méningite chronique avec une arachnitis aiguë suppurée de la base de l'encéphale..	1

III. *Etat de la dure-mère et de l'encéphale chez les individus qui ont succombé à la Méningite Chronique.*

	Nombre des sujets
Dure-mère adhérente au crâne.	6
Ossifications sur divers points de la face interne de cette membrane.	4
Cerveau ayant une consistance plus ou moins supérieure à celle qui lui est ordinaire. . . .	21
Cerveau ayant une consistance plus ou moins inférieure à celle qui lui est ordinaire. . . .	17
Cerveau plus ou moins injecté.	43
Cerveau ayant à-peu-près sa consistance naturelle	62
Cerveau sans injection remarquable.	57
Substance corticale plus molle que la médullaire.	100
Augmentation considérable de la consistance de la protubérance cérébrale.	1
Augmentation considérable de la consistance de la moelle allongée.	1
Cervelet et ses méninges altérés.	0

	Nombre des sujets.
Ossification plus ou moins marquée et plus ou moins étendue des artères vertébrales, de l'artère basilaire et des artères cérébrales.	3

IV. *Etats des différens organes de l'économie autres que ceux de l'appareil sensitif interne dans la Méningite Chronique.*

1°. Habitude extérieure.

	Nombre des sujets.
Embonpoint musculaire et graisseux très-marqué.	10
Obésité extrême.	6
Maigreur ou marasme.	25
Embonpoint à-peu-près ordinaire.	59
Escarres plus ou moins nombreuses.	26
Plaies.	2
OEdème ou infiltration générale.	4
Collection purulente dans les articulations. . .	1

2°. Cou.

Larynx bouché par des corps étrangers	3

3°. Viscères thoraciques.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur.	15
Anévrysme passif du cœur.	1
Epanchement sanguin peu abondant dans le péricarde.	5
Sérosité dans le péricarde..	2
Péricarde adhérent au cœur.	2
Péricardite chronique.	1
Ossification de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.	1
Pneumonie avec hépatisation..	7

		Nombre des sujets.
Abcès dans les poumons		2
Excavations tuberculeuses des poumons		3
Excavations ulcéreuses des poumons		1
Pleurésie chronique avec épanchement séro-albumineux et fausses membranes		13
Sérosité dans les plèvres		1
Epanchement sanguin et désorganisation d'un poumon (apoplexie pulmonaire)		1

4°. Viscères abdominaux.

Péritonite chronique avec fausses membranes et granulations		1
Hydropisie ascite		1
Membrane muqueuse gastrique plus ou moins rouge, épaissie, etc. (gastrite chronique)	17	41
Membrane muqueuse intestinale plus ou moins rouge, d'une manière inégale ou uniforme (entérite chronique)	10	
Membrane muqueuse de l'estomac et des intestins plus ou moins rouge, d'une manière inégale ou uniforme (gastro-entérite chronique)	14	
Estomac déplacé		1
Intestins épaissis		1
Calculs biliaires		5
Destruction de la vésicule biliaire		1
Vers ascarides dans les intestins		1
Vessie énormément distendue par l'urine		3
Vessie épaissie		1
Calculs vésicaux		2
Parois de la vessie gangrénées		1
Cystite chronique		1
Polypes utérins et tumeur squirrheuse utérine		1

CHAPITRE TROISIÈME.

HISTOIRE GÉNÉRALE

DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

On comprend souvent sous le titre d'histoire générale d'une maladie toutes les connaissances qu'on possède soit sur sa nature et ses causes, soit sur ses caractères anatomiques et physiologiques, et son traitement; mais il nous paraît beaucoup plus conforme au véritable sens de ce mot, de le restreindre à la description de tous les phénomènes qui se succèdent dans son cours, depuis son invasion jusqu'à sa terminaison, en un mot, à l'histoire de ses symptômes, envisagés dans leur origine, dans leur développement, leur succession, leur durée, etc.

Ce chapitre comprendra donc :

1°. Les prodrômes, ou phénomènes précurseurs de la méningite chronique;

2°. Ses symptômes et leurs périodes ;

3°. Sa marche;

4°. Sa durée ;

5°. Ses terminaisons ;

6°. Ses complications.

Article premier.

PHÉNOMÈNES PRÉCURSEURS DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Je comprends sous ce nom tous les phénomènes qui se manifestent à l'origine de cette maladie, qui tiennent à son existence, mais qui, pouvant appartenir à différentes affections, ne peuvent servir à la caractériser.

Quelquefois ils manquent entièrement, et la maladie débute tout-à-coup avec ses symptômes essentiels; mais le plus souvent l'aliénation est précédée de différens changemens dans l'état des fonctions cérébrales et motrices que je vais tâcher de faire connaître : ces changemens surviennent ordinairement après une attaque plus ou moins violente de congestion cérébrale; d'autres fois ils se manifestent d'une manière lente et progressive; mais dans les deux cas, ce sont presque toujours des symptômes de congestion sanguine dans les vaisseaux du cerveau et de la pie-mère.

Très-souvent les malades perdent la mémoire, ont des distractions et des absences; leurs facultés s'affaiblissent d'une manière très-marquée, ils s'acquittent mal de leurs travaux habituels, ou même deviennent incapables de toute occupation sérieuse, de toute fonction qui exige la plus légère attention, sans qu'on puisse remarquer cependant, dans leurs actions ou leurs paroles, aucune trace de dé-

lire ; d'autres fois, ils continuent à remplir leur devoir, ou à se livrer à leur travail habituel ; mais ils se plaignent d'avoir la tête lourde et embarrassée, et d'éprouver des étourdissemens, et quelquefois un assoupissement continuel, qui les oblige à lutter sans cesse contre le penchant qui les porte à dormir.

Il n'est pas rare d'observer un état opposé, c'est-à-dire, une exaltation remarquable dans les paroles, les actions, le caractère et la conduite. Les malades deviennent orgueilleux, vains, impérieux; ils se mettent en colère pour la plus légère opposition, la plus petite contrariété; ils se livrent à des projets le plus souvent gigantesques, ridicules et inexécutables, qui d'après eux doivent leur rapporter des sommes considérables, ou les conduire aux honneurs ou à de grandes places ; ils vendent leurs biens ou en achètent de nouveaux, le plus souvent à leur détriment; ils s'adonnent avec une ardeur extraordinaire à une étude, à une occupation quelconque, qui les absorbe tout entiers et dont ils deviennent enthousiastes ; ils parlent beaucoup, avec feu et en gesticulant; ils s'expriment quelquefois avec élégance, et trouvent des aperçus piquans et ingénieux dont ils auraient été incapables dans leur état de santé parfaite. Si on les contredit dans leur opinion, leur visage s'anime, ils s'échauffent, crient, et sont toujours sur le point de se mettre en fureur.

D'autres malades sont dans un état tout diffé-

rent : ils perdent la gaîté, deviennent moroses, apathiques, sombres, tristes, rêveurs, taciturnes, incapables de tout travail, sans être néanmoins poursuivis par une idée fixe, par un délire partiel; quelques-uns sont dans un état d'hypochondrie; ils ont des craintes sans cesse renaissantes sur leur santé, ils se plaignent d'éprouver toute sorte de douleurs, et consultent d'abord une foule de médecins, et ensuite des charlatans et des commères.

Mais de tous les phénomènes précurseurs de l'inflammation chronique des méninges, aucun n'est plus fréquent qu'un léger embarras de la langue, qui se fait remarquer dans certains momens par de l'hésitation et de la lenteur dans la prononciation de quelques mots, et quelquefois même par un peu de bégaiement.

Ce symptôme, qui survient le plus souvent à la suite d'une attaque de congestion, se dissipe quelquefois au bout d'un assez court intervalle, pour revenir ensuite, surtout lorsque l'attaque se renouvelle. Il est souvent le seul phénomène qui précède l'invasion de l'aliénation. Il n'est pas rare aussi de remarquer un peu de difficulté dans les mouvemens des membres inférieurs.

Article Second.

SYMPTÔMES DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

L'inflammation chronique des méninges détermine dans les diverses parties de son cours une foule de phénomènes extrêmement variés, qui résultent tous de la lésion de l'organe important qu'elles enveloppent.

Pour présenter un tableau fidèle à-la-fois et complet de ces symptômes, et pour faire connaître les changemens principaux qui surviennent pendant leur succession, je diviserai la durée de la maladie en trois périodes, d'après le caractère particulier et la forme des désordres intellectuels et physiques qui la constituent. La maladie envisagée sous ce point de vue offre, dans son cours, trois groupes de symptômes auxquels peuvent s'appliquer les noms de monomanie, manie et démence, par lesquels on désigne ordinairement trois espèces d'aliénation mentale. Elle s'accompagne souvent de phénomènes spasmodiques très-variés qui la rendent beaucoup plus complexe et plus grave, et qui méritent d'être décrits isolément de ses autres caractères. Je les ferai connaître après avoir tracé ses symptômes ordinaires et constans.

§. 1. *Première Période, ou Période de monomanie.*

L'invasion de la maladie succède ordinairement, après un temps variable, aux phénomènes précurseurs que nous avons décrits dans l'article précédent: quelquefois elle a lieu d'une manière presque subite.

La méningite chronique débute par un état de monomanie ambitieuse et par une exaltation plus ou moins grande qui, réunies à quelques traces de paralysie générale et incomplète, caractérisent essentiellement cette période.

Les malades s'imaginent tout-à-coup qu'ils sont riches, puissans, élevés en dignités, couverts de distinctions et de titres. Les uns croient leur fortune doublée, triplée, centuplée; les autres, oubliant l'état de misère où ils étaient au moment de l'aliénation, ne pensent plus qu'aux trésors dont ils se croient en possession : ils font des projets gigantesques qui doivent leur rapporter des sommes immenses; ils achètent tout ce qu'ils rencontrent, et ne sont occupés que des acquisitions qu'ils doivent faire.

Il serait difficile de faire connaître toutes les formes que peut prendre ce délire ambitieux, quoique les objets sur lesquels il roule soient, chez tous les malades, les richesses, les grandeurs, la puissance, etc. La profession et le rang de ceux-ci contribuent beaucoup à changer le caractère de ces idées orgueilleuses. Ordinairement, au début, la plupart

de ces individus s'imaginent tout-à-coup qu'ils sont devenus opulens, et qu'ils peuvent faire des dépenses considérables : ils ont dix, vingt, cinquante, cent mille francs de rentes ; ils ont trouvé les moyens de gagner des millions. Un certain nombre restent bornés à ces idées ; mais la plupart y ajoutent celles que leur suggèrent la vanité et l'orgueil : ils sont ou ils seront bientôt barons, comtes, marquis, ducs, pairs de France, commandans, colonels, généraux, etc. ; ils ont à-la-fois toutes les connaissances et tous les talens : ils sont poëtes, peintres, musiciens, architectes, astronomes, physiciens, médecins, naturalistes, avocats, légistes, etc. Ils font des projets qui ne manquent pas d'une certaine liaison, quoiqu'ils n'offrent jamais cette suite et cet ensemble qu'on remarque dans le délire partiel des monomanies ordinaires.

Dominés par ces idées, la plupart des malades en parlent sans cesse et ne pensent plus à autre chose. Leur babil est intarissable ; ils s'échauffent souvent en parlant, et se mettent facilement en colère lorsqu'on les contrarie sur leurs idées extravagantes. Leur figure est en général rouge et épanouie, et exprime le contentement et la joie que leur font éprouver leurs richesses et leurs grandeurs. Ils chantent, rient, et sont dans un état de gaîté et d'hilarité remarquable : ils répondent d'une manière assez raisonnable sur la plupart des objets étrangers à leur délire exclusif ; mais on s'aperçoit que leurs facultés sont affaiblies d'une manière notable.

Ils ont des absences fréquentes, et beaucoup d'événemens importans de leur vie ont échappé de leur mémoire; ils sont incapables de remplir leurs devoirs et de se livrer à leurs occupations habituelles : cependant quelques-uns parlent avec beaucoup plus de facilité qu'à l'ordinaire, et ont une conversation qui se fait remarquer par des saillies piquantes, des rapprochemens ingénieux, bizarres et risibles.

On remarque en même temps chez tous les malades un certain embarras de la langue, qui se manifeste tantôt par un peu de lenteur dans la prononciation de certains mots, tantôt par de l'hésitation, ou même du bégaiement qui se montre plus ou moins souvent dans la conversation; assez souvent il n'y a qu'une gêne légère qu'on reconnaît aux efforts que font les malades pour parler; quelquefois cependant la langue est si embarrassée, que l'articulation des mots est très-difficile et confuse.

En général, cette altération des mouvemens de la langue n'est pas sensible lorsque les malades sont dans un accès d'exaltation, mais elle devient de nouveau apparente lorsque le calme se rétablit.

On observe assez souvent, en même temps que cette gêne de la respiration, une légère difficulté dans la démarche, que l'on ne peut distinguer que lorsqu'on connaît la maladie dont elle dépend. De temps en temps les malades ne marchent pas droit, ils font de faux pas, se dévient de leur chemin, ou bien paraissent avoir les membres un peu roides : cependant ce symptôme manque assez souvent.

On le remarque surtout rarement lorsqu'il y a de l'exaltation.

Tel est le tableau des symptômes de la méningite chronique à son début ; mais elle ne tarde pas à augmenter.

Le délire ambitieux devient plus étendu, plus vaste, plus gigantesque et plus dominant. Dès-lors, les malades se croient au comble de l'opulence et des grandeurs. Ils possèdent des centaines de mille francs, des millions, des milliards, des centaines de milliards, des caisses remplies d'or, des diamans superbes et sans pareils, des habits magnifiques, des châteaux, des villes, des royaumes, ou même l'univers entier, tout leur appartient. Ils sont ministres, généraux, amiraux, princes, rois, empereurs, ou Dieu même ; ils distribuent de tous côtés des honneurs et des récompenses, et nomment les personnes qui les environnent aux grandes charges de leur royaume.

Ces idées ambitieuses peuvent prendre des formes extrêmement variées, suivant une foule de circonstances, mais surtout suivant la profession qu'exerçaient les malades avant l'invasion de l'aliénation. Elles les dominent sans cesse et les rendent incapables de toute occupation, ou même de toute conversation sur un autre objet. Par moment ils peuvent cependant causer avec quelque bon sens sur des sujets étrangers à leur délire ; mais ces momens sont très-fugitifs.

Leurs facultés sont affaiblies d'une manière ma-

nifeste. Ils sont incapables de raisonnement, quoique leurs idées n'aient pas perdu toute cohérence.

Ils sont ordinairement exaltés. Ils parlent continuellement de leurs richesses, de leur grandeur, de leur puissance, avec l'accent du contentement et de la joie la plus parfaite. Il sort souvent de leur bouche un flux intarissable de paroles, qui se rapportent uniquement au délire qui les domine. Peu attentifs à ce qui se passe autour d'eux, ils ne répondent point ordinairement aux objections qu'on leur fait sur leurs idées dominantes. Ils vont et viennent sans cesse sans avoir un but raisonné et déterminé d'avance.

Ils se promènent dans les cours et les jardins des établissemens où ils sont renfermés; ordinairement ils marchent à grands pas, parlant seuls de leur fortune et de leur grandeur, gesticulant, chantant, déclamant, riant, et paraissant au comble de la félicité.

Quelquefois ils s'occupent à écrire le compte de leurs trésors, à faire des lettres de change ou des commissions, des brevets, etc., pour les grands dignitaires de leur empire. Il n'est pas rare de les voir agités, ou même furieux, surtout si on les contrarie.

Au milieu de cette effervescence générale, on ne remarque plus cette gêne plus ou moins légère des mouvemens de la langue et des membres, qu'on observait au début de la maladie; mais elle devient toujours manifeste dans les momens de calme.

Pendant tout le cours de cette période, un certain nombre de malades ne cessent point d'être tranquilles. Dans ce cas, ils sont ordinairement dans l'état suivant : ils sont dominés par un délire ambitieux, fixe ; ils peuvent causer avec assez de bon sens, et de suite, de tout autre sujet ; leurs facultés sont affaiblies, mais principalement leur mémoire ; leur prononciation est sensiblement embarrassée ou même bégayée pour certains mots ; leur démarche est roide et manque de solidité ; ils traînent quelquefois un peu les pieds, ou bien ils se dévient de la ligne droite.

Les fonctions digestives s'exercent de la manière la plus régulière chez ces malades. Ils ont en général de l'embonpoint musculaire et graisseux ; la face est souvent rouge et épanouie ; l'appétit est très-bon : la plupart ont même une faim continuelle, mangent beaucoup, et digèrent très-bien tous les alimens dont ils se nourrissent. Le pouls est plein, développé et point fréquent ; la respiration naturelle.

La durée de la première période est très-variable, suivant l'intensité de la maladie. Elle est d'autant plus longue que celle-ci est plus légère, *et vice versâ*. Elle ne dure quelquefois qu'un petit nombre de jours ou de semaines ; plus souvent elle se prolonge depuis un jusqu'à six mois ; je l'ai vue durer un, deux ou même trois ans chez un petit nombre d'individus.

§. II. *Deuxième Période, ou Période de manie.*

Le passage de la première à la deuxième période a souvent lieu d'une manière peu sensible. Il consiste uniquement dans une augmentation des symptômes. Quelquefois il est plus tranché, et précédé d'une attaque de congestion cérébrale. Les symptômes qui constituent cette période sont ceux qui appartiennent à la manie, c'est-à-dire, un délire plus ou moins général avec prédominance d'idées ambitieuses et un état d'exaltation, d'agitation ou de fureur, avec quelques traces plus ou moins sensibles de paralysie incomplète.

Les malades sont dominés par les mêmes idées que dans la première période, mais le délire est général; les facultés sont entièrement troublées, et le désordre des mouvemens est beaucoup plus considérable.

Ils ne font point d'attention à ce qui se passe autour d'eux : tantôt entraînés par l'agitation, ils ne répondent point aux questions qu'on leur fait, qui paraissent ne faire aucune impression sur eux ; tantôt ils font des réponses qui n'ont aucun rapport avec les demandes qu'on leur adresse.

Ils extravaguent sur tous les points, mais ils sont entièrement dominés par des idées de fortune, d'opulence et de grandeur. Ils ne s'occupent jamais d'autres objets, et il est impossible de donner un autre aliment à leurs divagations. Toutes ces idées sont incohérentes, mais à des degrés variés. Ainsi,

les uns font des phrases qui, considérées chacune en particulier, ont un sens, mais qui n'ont point de liaison avec celles qui les précèdent ou les suivent; les autres prononcent sans cesse une multitude de mots plus ou moins isolés, sans aucun rapport entre eux, et sans aucun des termes qui servent à les unir. Ainsi, les premiers *possèdent des millions et des milliards; ils sont princes, rois, empereurs; ils font cent lieues en un jour; ils ont cassé le pont qui va à la lune; ils ont le pouvoir de ressusciter; ils ont la flamme et les éclairs dans les yeux; ils se grandissent à volonté; ils ont la tête d'or et de diamant; ils font cent tragédies superbes en un jour, mille poëmes; ils ont tout fait, tout leur appartient, etc., etc.*

Les seconds ont sans cesse dans la bouche les mots de *millions, milliards, chevaux d'or, châteaux d'or, diamans, roi, empereur, dieu, etc.*, qui sont presque toujours entièrement isolés et incohérens.

Lorsqu'on interroge les malades sur leur profession, leur âge, leur famille, l'établissement où ils sont renfermés, etc., le plus souvent ils ne répondent pas, ou bien ils ne disent que des extravagances, dans lesquelles se peint le caractère des idées ambitieuses qui les dominent.

Leur agitation est continuelle; ils parlent sans cesse à haute voix, et avec une grande volubilité, de leurs trésors, de leur grandeur, de leur puissance. Souvent ils chantent, d'autres fois ils crient, ou même vocifèrent. Leur loquacité est intarissable et incoercible.

Ils sont dans une mobilité de tous les instans, et ne peuvent rester un moment à la même place. Leur vie se passe à errer dans les chambres de leur quartier, les cours, les corridors, les jardins, qu'ils parcourent successivement, et sans s'arrêter nulle part, presque toujours en marchant à grands pas, en courant comme s'ils étaient pressés d'arriver; mais, poussés par une cause qui enchaîne leur intelligence et leur volonté, ils ne savent ni ce qu'ils font, ni où ils vont, et n'ont pas même la conscience de leur existence.

Au milieu de cette agitation, ordinairement ils bouleversent tout ce qui tombe sous leurs mains. Souvent ils déchirent leurs vêtemens, brisent et cassent tout ce qu'ils rencontrent. On est alors obligé de leur attacher les mains à l'aide d'une camisole, et de remplacer leurs habits par une longue chemise de toile. Quelquefois ils sont plus violens, et on les tient attachés sur un fauteuil en forme de chaise percée. D'autres fois le désordre de l'appareil musculaire est beaucoup moins considérable, et alors on laisse les malades épuiser librement leur mobilité incoercible. Dans cet état, la face est plus ou moins rouge, décomposée, tirée en dehors: elle exprime souvent la joie et le contentement.

On ne remarque aucune trace de paralysie lorsqu'ils sont dans cet état d'agitation; mais dans les momens de rémission, leur prononciation est plus ou moins embarrassée, et leur démarche est fréquemment gênée d'une manière sensible.

De même que dans la première période, les fonctions nutritives ne présentent aucune altération dans la seconde. L'appétit est vorace, le pouls naturel. Les malades conservent en général de la force et de l'embonpoint; mais lorsque l'agitation est très-grande et se prolonge long-temps, ils maigrissent ordinairement d'une manière assez rapide.

La durée de la seconde période est aussi variable que celle de la première. Il est très-difficile de la préciser d'une manière exacte, parce que le passage d'une phase à l'autre a lieu d'une manière graduelle et peu tranchée.

§. III. *Troisième Période, ou Période de démence.*

Cette période n'est pas toujours la suite de celle que nous venons de décrire; il n'est pas rare de la voir succéder à la première.

Elle est essentiellement caractérisée par un affaiblissement très-considérable des facultés intellectuelles, une oblitération plus ou moins grande des idées, avec prédominance de celles qui sont relatives aux richesses et aux grandeurs, et par une paralysie incomplète et générale; symptômes auxquels se joignent assez souvent des mouvemens convulsifs, et quelquefois des paroxysmes d'agitation.

Pour donner une idée claire de la marche de cette période, et des phénomènes extrêmement variés qu'elle présente pendant sa durée, nous la diviserons en trois degrés.

Premier degré de la troisième Période. — Le passage de la première ou de la seconde période à la troisième a souvent lieu d'une manière lente, par l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles et des mouvemens; d'autres fois, il est le résultat d'une attaque subite de congestion cérébrale. Les malades tombent, perdent connaissance d'une manière complète ou incomplète, et sont dans un état de paralysie locale ou générale; bientôt, à l'aide des moyens qu'on met ordinairement en usage, les facultés et les mouvemens se rétablissent, mais restent plus faibles qu'avant l'attaque; l'agitation cesse ou diminue. Alors la troisième période de la méningite chronique commence.

Dans le premier degré de cette période, les malades ont l'intelligence profondément altérée; leur mémoire est tellement affaissée, qu'ils ont oublié les principaux événemens de leur vie; quelquefois ils méconnaissent les personnes qu'ils voient tous les jours : ils comprennent les questions qu'on leur fait, lorsqu'elles sont courtes et claires; pour peu qu'elles soient longues, on ne peut les leur faire concevoir : leurs réponses sont souvent assez raisonnables, mais elles indiquent la plus grande faiblesse de l'entendement; leurs idées sont toujours très-bornées, uniquement relatives à eux-mêmes, et consistent en idées dominantes de richesse, d'opulence, de grandeur, de puissance, qui sont ordinairement peu étendues, fixes et incohérentes : elles occupent sans cesse leur esprit, sans présenter la

moindre combinaison entre elles. Les malades se croient *millionnaires*, *ministres*, *princes*, *rois*, *empereurs*, *dieux*. Mais comme ils sont incapables de comparer leurs idées entre elles, si on les interroge sur leur profession, ils répondent souvent d'une manière juste et vraie sur cet objet, sans s'apercevoir que la dignité dont ils s'imaginent être revêtus, est incompatible avec cette profession. Ainsi un malade qui se disait *Roi de France et de Russie*, répondait qu'il était marchand sur le port à Dieppe, lorsqu'on lui demandait quel était son état.

Ces malades sont presque toujours calmes et tranquilles ; assez souvent ils parlent peu, et sont habituellement dans un silence apathique, qu'on ne fait cesser qu'en leur faisant des questions ; d'autres fois ils parlent seuls de leurs trésors et de leurs titres, et en entretiennent toutes les personnes qu'ils rencontrent. Quelquefois ils tombent dans des paroxysmes d'agitation et de loquacité, qui durent ordinairement très-peu de temps.

Ils sont toujours dans un état de paralysie incomplète et générale très-marquée ; leur langue est plus ou moins embarrassée ; leur prononciation est lente et difficile ; ils hésitent, et bégayent en parlant. Leur démarche est mal assurée ; ils sont peu solides sur leurs jambes et marchent en vacillant, et quelquefois en traînant les pieds, comme les personnes qui sont dans un état d'ivresse. Quelquefois, cependant, leur marche est moins gênée. Il leur arrive de temps en temps de lâcher invo-

lontairement leurs urines dans leurs vêtemens. Quant aux membres supérieurs, il est difficile de savoir s'ils participent à la paralysie incomplète.

Les malades qui sont dans cet état passent leur vie à errer, sans but et sans dessein, dans les cours et les corridors de leurs quartiers. Quelquefois ils restent des heures et des journées entières assis dans un des coins d'une salle, ou autour d'un poêle pendant l'hiver.

Ce degré de la dernière période est ordinairement très-long. Il survient assez souvent, pendant son cours, des attaques apoplectiformes, dans lesquelles les malades perdent le sentiment et le mouvement d'une manière plus ou moins complète. Au bout de quelques heures, ou d'un jour, la connaissance se rétablit; il reste souvent une hémiplégie incomplète d'un des côtés du corps, qui ne tarde pas elle-même à se dissiper à l'aide des moyens appropriés; mais à la suite de chacune de ces attaques, les facultés et les mouvemens s'affaiblissent davantage; la démence fait des progrès.

Deuxième degré de la troisième Période. — Dans ce degré, les symptômes sont de la même espèce, mais beaucoup plus intenses que dans le premier. Les facultés sont presque entièrement oblitérées; il n'y a plus aucune trace d'attention, de mémoire, de jugement. La sphère des connaissances est extrêmement étroite et presque toujours bornée à quelques idées incohérentes de richesse et de grandeur. Les mots de *millions*, *milliards*, *maréchal de*

France, roi, empereur, château d'or, chevaux d'or, diamans, etc., sortent habituellement de la bouche des malades lorsqu'ils parlent seuls ou lorsqu'on les interroge ; mais ces mots sont ordinairement isolés ; d'autres fois, mais plus rarement, ils sont liés entre eux par des jugemens très-simples, comme ceux-ci : *j'ai des millions, je suis roi, j'ai des chevaux d'or*, etc. Quelquefois, lorsque ce degré est très-intense, il n'y a point d'idées ambitieuses ; les malades sont alors uniquement occupés de leur nourriture, de leurs repas, etc. Mais interrogez-les sur leur profession, leur âge, leur famille, leurs amis, vous verrez qu'ils n'en conservent plus aucun souvenir.

Ils ne répondent ordinairement que par monosyllables aux questions qu'on leur fait, et quelquefois ils ne font aucune réponse, à moins qu'on leur répète la demande à plusieurs reprises et à haute voix. Ils sont presque toujours calmes et tranquilles, et dans un état de paralysie incomplète très-marquée, qui s'étend à l'appareil locomoteur tout entier : leur face, qui est pâle, présente ordinairement une immobilité particulière qu'on reconnaît facilement quand on est habitué à les observer. Leur langue est extrêmement embarrassée : leur prononciation est lente, tremblante, bégayée, entrecoupée, très-gênée, et quelquefois difficile à comprendre, ou même inintelligible. Quelques malades parlent en serrant les mâchoires et en mettant un intervalle entre chaque syllable : *em-pe-reur*. D'au-

tres font pendant quelques momens de grands efforts pour parler, et parviennent ainsi à articuler un mot plus ou moins confus. Un très-petit nombre conservent la faculté de prononcer d'une manière assez claire. Assez souvent la langue et même les lèvres du malade sont tremblantes.

Mais un symptôme qui est toujours porté au plus haut degré, c'est la paralysie incomplète des membres inférieurs. La démarche est extrêmement lente et chancelante. Les jambes des malades les soutiennent mal et fléchissent sous le poids du tronc; ils marchent plus ou moins courbés d'un côté du corps ou de l'autre et en décrivant des zigzags; ils traînent les pieds sans les soulever du sol; le plus petit obstacle qu'ils rencontrent les fait tomber, aussi font-ils des chutes très-fréquentes. Mais cette paralysie augmente souvent; alors les malades ne peuvent plus se soutenir d'eux-mêmes; ils sont obligés, pour faire quelques pas, de saisir les objets environnans ou de s'appuyer aux murs. Enfin, il vient souvent un moment où les membres sont tout-à-fait incapables de soutenir le tronc, quoiqu'ils conservent d'ailleurs encore des mouvemens volontaires.

La paralysie s'étend aux sphincters, qui se relâchent; les excrétions deviennent involontaires. Les malades lâchent continuellement, et sans en avoir la conscience, leur urine, et souvent même leurs déjections alvines, dans leurs vêtemens et leur lit, ce qui les rend extrêmement sales et malpropres. On leur ôte alors leurs habits, qu'on remplace par une

sorte de longue robe de toile, appelée *blouse*, qui a la forme d'une chemise dont les manches seraient beaucoup plus longues que les membres supérieurs. Ces manches servent pour attacher leurs mains lorsqu'ils sont agités; on les replie sur les bras lorsqu'ils sont tranquilles.

Le pharynx participe à cette paralysie incomplète; la déglutition devient assez souvent très-difficile. Et comme les malades dévorent rapidement les alimens qu'on leur présente, il leur arrive quelquefois de s'étrangler en mangeant, parce que le bol alimentaire tombe dans le larynx au lieu de descendre dans l'œsophage.

Tant que les malades peuvent se soutenir sur leurs jambes et marcher, on les laisse libres dans les cours et les salles de leurs quartiers, où on les voit tantôt assis des journées entières sur un banc, la tête penchée sur la poitrine, les bras pendans sur les côtés du tronc, la face exprimant à-la-fois la difficulté des mouvemens et l'inactivité de l'entendement; tantôt debout, parlant seuls et à voix basse, confinés dans un coin, ou appuyés contre un mur qu'il sont occupés à toucher et à gratter; tantôt se promenant lentement, en traînant les pieds, et allant d'un endroit à un autre sans but réfléchi et tenant des propos incohérens.

Lorsque la paralysie incomplète est très-avancée, les malades font des chutes continuelles en marchant; souvent ils ne peuvent plus se soutenir; alors on les laisse habituellement attachés sur un

large fauteuil en forme de chaise percée, sous lequel on place un bassin pour recevoir leurs excrétions. Dans cet état, la sensibilité générale est si affaiblie, qu'il se forme très-fréquemment des escarres gangréneuses au sacrum, aux trochanters, au dos, aux coudes, aux talons, etc.

Il survient, souvent pendant la durée de ce deuxième degré de la dernière période, des paroxysmes d'agitation dans lesquels les malades parlent beaucoup, et d'une manière très-incohérente, de leurs richesses et de leurs grandeurs. Quelquefois même ceux-ci sont, pendant tout le cours de ce degré, dans un état de loquacité continuelle. Il survient aussi fréquemment des attaques de congestion cérébrale, avec perte du sentiment et du mouvement, qui se dissipent au bout d'un temps plus ou moins long ; mais après chacune de ces attaques la démence et la paralysie incomplète font des progrès rapides.

Pendant le premier et le deuxième degré de la période de démence, les fonctions nutritives s'altèrent progressivement. L'appétit, qui était si vif dans les deux premières périodes, dégénère en une faim dévorante que les quantités les plus considérables d'alimens ne peuvent satisfaire. Les malades sollicités sans cesse par cette gloutonnerie morbide demandent continuellement à manger, et l'on est souvent obligé de leur donner deux ou trois portions, pour faire cesser leurs cris et leurs plaintes. Tantôt ils engraissent rapidement, et parviennent

à un embonpoint graisseux très-considérable, et quelquefois même à un état d'obésité extraordinaire; tantôt il survient un dévoiement abondant que rien ne peut arrêter, et qui dure pendant des mois entiers et souvent jusqu'à la mort. Alors les malades maigrissent promptement, et, s'ils étaient déjà très-gras à l'époque où la diarrhée a commencé, leur graisse se fond avec une grande rapidité, et ils tombent bientôt dans un état de prostration et de marasme. Leurs forces s'affaiblissent dans la même proportion, de même que la sensibilité extérieure : c'est surtout alors qu'il se forme sur diverses parties des escarres noires, et plus ou moins larges et profondes, qui accélèrent encore le terme fatal vers lequel les malades marchent à grands pas. Le pouls est toujours à-peu-près dans son état ordinaire, excepté dans ce dernier cas, où il devient quelquefois fréquent et petit. La peau prend une sécheresse remarquable; elle se recouvre d'une sorte de saleté terreuse assez analogue à celle qu'on remarque si souvent chez les phthisiques.

Tel est le tableau concis des symptômes que présente la méningite chronique pendant le deuxième stade de la période de démence. La plupart des malades succombent dans ce stade; quelques-uns parviennent jusqu'au troisième, que nous allons bientôt décrire.

La troisième période est celle dont la durée est la plus longue. Elle varie depuis trois, six, huit mois, jusqu'à un, deux ou trois ans.

Troisième degré de la Période de démence. — Ce degré se distingue par un état de stupidité ou d'imbécillité complètes, et une paralysie générale très-considérable.

Les malades sont réduits à un état de dégradation morale qui les ravale au-dessous de la brute. Ils ne voient et n'entendent plus rien autour d'eux, et la sensibilité générale est si affaiblie, qu'il faut les pincer très-fortement pour qu'ils manifestent quelque signe de douleur, qui le plus souvent consiste uniquement en une contraction particulière de la face, ou en un mouvement très-lent du membre qu'on pince. Mais les questions ne parviennent pas jusqu'à eux, et non-seulement ils ne répondent point, mais le plus souvent ils ne font pas même un léger signe qui indique une perception confuse. Ils sont dans un état habituel de taciturnité automatique, indice certain d'une oblitération totale des facultés et des idées : cependant ils ne sont point dans un état de coma ; leurs yeux sont ouverts, mais ils sont fixes et ne paraissent apercevoir aucun objet.

La paralysie est presque complète, et s'étend à tout l'appareil musculaire. Les malades ne peuvent ni marcher, ni se soutenir sur leurs jambes, ni même se tenir assis et attachés ; on est obligé de les laisser dans leur lit, où ils restent, sans faire le moindre mouvement, les bras placés sur les côtés du tronc, toujours inondés de leurs déjections urinaires et alvines, qui s'échappent sans cesse. Ils ne remuent légèrement les membres supérieurs que

lorsqu'on les pince fortement ; mais ils sont entièrement incapables de s'en servir pour quoi que ce soit. Cependant une sorte d'impulsion instinctive leur fait ouvrir la bouche lorsqu'on leur présente les alimens ou les boissons ; mais la mastication et la déglutition se font très-difficilement, et les malades sont continuellement exposés à mourir suffoqués par des matières alimentaires qui s'accumulent dans le pharynx sans pouvoir circuler, ou qui tombent dans le larynx. Il se forme souvent, dans cet état, des escarres gangréneuses nombreuses sur diverses parties du corps, auxquelles succèdent des plaies profondes et de mauvaise nature, dont le pansement ne paraît pas exciter la moindre douleur, tant la sensibilité est émoussée dans l'économie toute entière.

Cependant, chose extraordinaire, lorsque la diarrhée n'est pas venue compliquer la maladie, la faim continue à être insatiable. Le pouls est plein sans être fréquent, l'embonpoint est souvent porté jusqu'à un état d'obésité monstrueuse ; la respiration est naturelle.

§. IV. *Méningite Chronique avec des symptômes convulsifs.*

J'ai observé ces phénomènes chez un quart environ des malades (1) ; mais en considérant d'un côté

---

(1) Un de ces phénomènes, le grincement de dents, est beaucoup plus fréquent.

qu'ils n'existent pas dans tous les momens, et que par conséquent ils peuvent facilement n'être point aperçus, et de l'autre, que la lésion organique à laquelle je les attribue, l'encéphalite consécutive de la substance grise des hémisphères, se rencontre sur la moitié environ des sujets qui succombent, on sera très-disposé à regarder comme plus considérable la proportion des malades chez lesquels ces phénomènes se manifestent.

La méningite chronique compliquée de mouvemens convulsifs, s'accompagne des mêmes symptômes que celle qui est simple et dont on vient de lire la description. Elle parcourt, comme elle, trois périodes, dans lesquelles l'aliénation et la paralysie incomplète existent toujours simultanément, et offrent une augmentation progressive et un rapport constant : c'est pourquoi je n'y reviendrai point, et je m'attacherai uniquement à décrire les phénomènes spasmodiques qui compliquent les symptômes ordinaires de la maladie.

Ces phénomènes consistent en une agitation spasmodique continue ou périodique, en des tremblemens, des grincemens de dents, des convulsions de plusieurs membres ou de tout le corps, des contractions avec rigidité de ces parties, des extensions tétaniques locales ou générales, des attaques convulsives et épileptiformes. Ils se manifestent pendant le cours de la première ou de la seconde période et continuent dans la troisième; quelquefois ils ne commencent que dans cette dernière :

mais, dans les deux cas, ils durent ordinairement jusqu'à la mort.

1°. *Agitation spasmodique continue.* —L'agitation dont il est question dans cet endroit ne diffère de celle qui accompagne la seconde période décrite plus haut que par le degré beaucoup plus considérable et plus violent auquel elle existe, et surtout par sa cause organique, qui consiste, comme nous le verrons, en une inflammation consécutive de la substance grise, au lieu d'être, comme dans la méningite ordinaire, une simple irritation de cette substance.

Les malades sont entièrement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux; aucune impression extérieure ne parvient jusqu'à leur entendement. On a beau leur parler, crier à leurs oreilles, faire des mouvemens devant leurs yeux et même les piquer, le plus souvent on n'en peut obtenir aucun signe qui indique une sensation avec conscience; l'on parvient cependant quelquefois à leur faire tourner la tête, diriger les yeux du côté où l'on se trouve, ou prononcer quelques mots confus et mal articulés; mais ils ne répondent à aucune des questions qu'on leur fait.

Ils sont dans un état d'agitation et de fureur aveugle, continuelle et incoercible, qui les rend dangereux pour les personnes et pour les choses qui les environnent, ainsi que pour eux-mêmes. Lorsqu'ils sont libres, ils frappent, brisent, cassent, déchirent, renversent tous les objets qu'ils

rencontrent ; mais on a soin de leur attacher les mains avec une camisole, et de les tenir fixés sur un fauteuil à l'aide de bandes larges et très-solides qui les retiennent par les bras et par les pieds.

Il est difficile de tracer un tableau fidèle de cet état, dans lequel l'appareil locomoteur tout entier exécute sans cesse les mouvemens les plus violens et les plus désordonnés. Ainsi, les malades parlent sans relâche avec une mobilité excessive, et prononcent des mots totalement incohérens, difficiles à comprendre, ou inintelligibles, n'existant quelquefois dans aucune langue ; souvent ils ne font entendre qu'un bruit confus et inarticulé. Ils chantent, crient, vocifèrent, s'agitent dans tous les sens sur leur fauteuil, remuent la tête, la portent en arrière, en avant, lui impriment des mouvemens de rotation, étendent et fléchissent les membres, se roidissent, frappent des pieds sur le plancher, font des efforts des bras pour briser les liens qui les retiennent, impriment des secousses continuelles au siége sur lequel ils sont assis, malgré les anneaux qui le tiennent fixé au mur. La face participe toujours à ce désordre général ; elle est décomposée et dans une agitation continuelle.

L'état dont nous venons de donner une idée est quelquefois si violent, que les malades parviennent à déchirer leur camisole, et qu'il serait dangereux pour leur vie de les laisser ainsi attachés sur un fauteuil. Dans ce cas, on les met dans une sorte de boîte

faite en osier, comme les paniers, de la longueur du corps, et munie d'un couvercle qui est échancré à l'une de ses extrémités pour laisser passer la tête. On attache leurs mains sur les parties latérales de la boîte, et leurs pieds à son extrémité inférieure.

Malgré ce désordre extrême de la volonté et de l'appareil locomoteur, les malades, mus par une sorte d'instinct, saisissent les alimens qu'on leur met devant la bouche, les mâchent et les avalent; chez plusieurs cependant la mastication et la déglutition deviennent très-difficiles, ou même impossibles, à cause de l'état spasmodique général auquel participent les muscles qui servent à ces fonctions. Dans cet état, tantôt le pouls est naturel, tantôt il est fréquent et développé. Dans ce dernier cas, la peau est chaude, souvent moite, ou même arrosée d'une sueur visqueuse, qui laisse un enduit terreux par son évaporation. Les malades qui avaient de l'embonpoint le perdent rapidement, et ils finissent par tomber dans un état de maigreur et de marasme. La durée de cet état varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs mois. Quelques malades succombent au milieu de cette agitation, d'autres parviennent à la troisième période, dans laquelle on observe un état opposé, un collapsus général avec oblitération des facultés, et paralysie générale et incomplète très-considérable.

2°. *Agitation spasmodique périodique.* — Quelquefois l'agitation, au lieu d'être continue, est in-

termittente, et revient d'une manière régulière ou irrégulière, tantôt tous les jours, tantôt, et le plus souvent, tous les deux jours. Les phénomènes qui la constituent ont beaucoup d'analogie avec ceux que nous venons de décrire, mais ils sont ordinairement beaucoup moins violens. Les malades sont dans l'état suivant : Face injectée, rouge, agitée, ayant les traits tirés en dehors; délire général, idées très-nombreuses, fréquemment ambitieuses, se succédant avec la plus grande rapidité dans leur esprit, mais sans ordre et sans liaison entre elles; loquacité continuelle et exubérante, interrompue plus ou moins souvent par des chants, des cris, des vociférations; mouvemens continuels de la tête et des membres; agitation qui porterait souvent les malades à commettre des actes de violence si on ne les retenait à l'aide de la camisole.

Les accès dans lesquels on remarque ces symptômes durent quelquefois un jour entier, d'autres fois ils se terminent au bout de quelques heures ou d'une demi-journée. Dans l'intervalle qui les sépare, c'est-à-dire dans les jours de calme, les malades ont les facultés très-affaiblies, et la démarche plus ou moins paralysée; ils sont dominés par un délire ambitieux dont l'étendue et le caractère varient; quelquefois, mais rarement, ils peuvent causer avec un peu de raison sur différens sujets.

Les accès d'agitation sont ordinairement accompagnés de rougeur de la face, de chaleur à la peau,

de fréquence du pouls et de sueur générale; symptômes fébriles qui disparaissent les jours où le calme se rétablit.

3°. *Grincemens de dents, tremblemens, convulsions, contractures avec rigidités, extensions tétaniques.* — Je réunis ensemble tous ces phénomènes parce qu'ils sont de la même nature, et qu'ils ne diffèrent entre eux que par le degré ou par la forme.

Les *grincemens de dents* sont très-fréquens chez les individus atteints de méningite chronique: on les observe chez un tiers, ou peut-être même la moitié des malades. Ils sont quelquefois légers, et reviennent de temps en temps à des intervalles plus ou moins longs; d'autres fois ils sont beaucoup plus forts, plus fréquens ou même continuels, et produisent un bruit très-fort. Dans ce cas, la plupart des muscles de la bouche sont dans un état convulsif, et, lorsqu'on examine la région maxillaire des malades, on trouve les massèters et les temporaux tendus et saillans sous la peau. Cet état est accompagné d'une prononciation extrêmement embarrassée, et d'une grande difficulté dans la mastication et la déglutition.

Les *tremblemens* se remarquent ordinairement dans les membres supérieurs, quelquefois à la tête et aux membres inférieurs. Ordinairement ils agitent légèrement ces parties sans en empêcher l'usage; d'autres fois ils vont jusqu'à mettre obstacle à

la préhension des corps et à la marche, mais alors ils constituent plutôt des convulsions que de véritables tremblemens.

Quoique le nom de *convulsions* puisse s'appliquer à tous les phénomènes dont il est question dans ce paragraphe, cependant je le réserve aux mouvemens spasmodiques violens des membres ou du trone, non accompagnés de perte de connaissance.

Les convulsions peuvent prendre des formes très-variées. Tantôt elles consistent en des extensions et des flexions alternatives des membres supérieurs et inférieurs, qui sont quelquefois tellement violentes qu'elles font remuer le lit sur lequel les malades sont couchés ; tantôt ce sont des tremblemens très-intenses des membres inférieurs, dans lesquels les pieds s'élèvent de terre et tombent alternativement en frappant fortement le plancher, lorsque les malades sont levés ; tantôt l'état convulsif est borné aux membres supérieurs, qui s'agitent de la manière la plus irrégulière; à la tête, qui éprouve à des intervalles plus ou moins rapprochés des secousses latérales, ou d'avant en arrière ; au trone, qui se fléchit et s'étend alternativement dans un sens ou dans l'autre. Très-souvent cet état s'étend à tout le système musculaire. Les convulsions ne sont jamais continues; elles reviennent ordinairement d'une manière irrégulière à des jours variables, quelquefois une ou plusieurs fois dans le même jour; elles durent d'une à plusieurs heures; quelquefois elles présentent dans leur retour une périodicité régulière

qui consiste dans le type tierce. Elles se prolongent communément plusieurs heures, et quelquefois une journée toute entière ; elles peuvent continuer pendant une, deux semaines, un mois, ou même plusieurs mois.

Les convulsions sont fréquemment accompagnées de fréquence de pouls, de chaleur à la peau, et d'un état de moiteur et de sueur.

Les *contractures* sont des flexions spasmodiques permanentes qui occupent un ou plusieurs membres à-la-fois. La cuisse peut être fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, l'avant-bras sur le bras, la main sur l'avant-bras, etc., en formant des angles plus ou moins aigus. Lorsqu'on fait des efforts pour étendre ces parties, on y parvient avec beaucoup de peine, et l'on fait éprouver au malade des douleurs très-vives. Quelquefois il est tout-à-fait impossible de les étendre. En appliquant la main sur la peau, on sent les muscles fléchisseurs qui sont roides et tendus. Il n'est pas rare que la tête soit elle-même le siége de ces contractures : elle présente alors une flexion très-forte en devant ou sur le côté.

Les contractures avec rigidité surviennent ordinairement pendant la troisième période de la maladie, et durent le plus souvent jusqu'à la mort.

Les *extensions tétaniques* sont des phénomènes entièrement semblables aux contractures, à l'exception que la contraction spasmodique porte sur les extenseurs au lieu d'affecter les fléchisseurs. Elles

peuvent comme elles atteindre plusieurs membres à-la-fois, un seul membre, ou une seule partie d'un même membre. Elles occupent quelquefois tout le système musculaire, et simulent entièrement le véritable tétanos. Le corps est alors roide et tendu, et, en le prenant par les pieds ou par la tête, on l'élève tout d'une pièce comme si c'était un corps solide continu.

Plusieurs, ou même tous les phénomènes spasmodiques dont nous venons de parler, peuvent exister en même temps. Ainsi, il n'est pas rare de voir le même malade avoir des grincemens de dents, des convulsions dans un des côtés du corps, le membre supérieur du côté opposé fléchi spasmodiquement, et le membre inférieur roide et étendu. D'autres fois, la tête et les membres supérieurs éprouvent des tremblemens, tandis que les membres inférieurs sont dans un état de rigidité et d'immobilité complètes. On remarque assez souvent aussi une flexion du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe, accompagnée d'une extension de la main et du pied.

4°. *Attaques convulsives.* — Beaucoup de malades sont atteints, pendant le cours de la méningite chronique, mais principalement dans la troisième période, d'attaques convulsives, accompagnées des symptômes suivans : ils éprouvent tout-à-coup une diminution ou une perte complète de connaissance, et sont pris immédiatement de tremblemens plus ou moins marqués qui se font remarquer dans tout

le corps, ou seulement dans un des membres ou dans la tête. Au bout de quelques minutes, d'un quart-d'heure, de demi-heure, d'une ou de plusieurs heures, la connaissance revient en partie, mais les mouvemens convulsifs durent encore pendant plus ou moins long-temps. Quelquefois cependant ils cessent en même temps que la perte de connaissance; d'autres fois les spasmes ne durent que pendant quelques instans, tandis que la perte du sentiment existe déjà depuis long-temps. Les attaques dont nous parlons sont très-fréquentes, et surviennent principalement chez les malades qui éprouvent des mouvemens convulsifs d'une autre espèce.

5°. *Attaques épileptiformes.* — Les attaques dont nous parlons sont assez fréquentes dans le cours de l'inflammation chronique des méninges. Elles ont l'analogie la plus parfaite avec celles qui constituent l'épilepsie essentielle, et il serait impossible de les distinguer de ces dernières en ne considérant que les phénomènes qui les accompagnent. Le plus souvent les malades n'éprouvent rien qui les avertisse de l'approche d'une attaque. Quelquefois la langue s'embarrasse davantage, la marche devient plus gênée quelques heures ou même un jour avant son invasion. Je n'ai vu qu'un seul individu qui sentait d'avance son retour prochain à une *aura* qui partait de la jambe et de la main droite, et se portait ensuite à la tête.

Les attaques épileptiformes s'accompagnent des

symptômes suivans : les malades tombent tout-à-coup, perdent connaissance, et sont pris de secousses convulsives du tronc, de la tête et des membres, avec gonflement et rougeur de la face, et ordinairement écume à la bouche. Ces secousses consistent en une alternative de flexions et d'extensions convulsives de tout le corps, qui sont courtes, fortes et saccadées. Pendant la durée de ces mouvemens spasmodiques la suspension du sentiment est complète, et l'on pourrait torturer les malades de toutes les manières sans qu'ils éprouvassent la plus légère douleur.

La durée des attaques varie depuis une jusqu'à cinq, dix minutes et plus. Lorsque les convulsions cessent, tantôt le sentiment et la connaissance reviennent immédiatement après, tantôt les malades restent encore pendant plusieurs heures, ou même des journées, plongés dans un état comateux. Lorsqu'ils reprennent l'usage de leurs sens, ils ont beaucoup plus de peine à parler qu'avant l'attaque, ou même, malgré les efforts qu'ils font pour prononcer, ils ne font que balbutier, et profèrent des sons inarticulés et inintelligibles. Cette paralysie de la langue peut se prolonger pendant une ou plusieurs semaines.

Il arrive assez souvent que les attaques épileptiformes se répètent un grand nombre de fois à des intervalles très-rapprochés. L'état comateux qui leur succède est alors extrêmement grave, et fréquemment suivi de la mort.

Après chaque attaque, le dérangement des facultés et des idées, ainsi que la paralysie incomplète, font des progrès.

Article Troisième.

MARCHE DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Les symptômes de la méningite chronique suivent une marche continue et successivement croissante. Ils présentent ordinairement dans leur augmentation progressive les trois périodes que nous avons indiquées; mais une d'elles peut manquer, ou offrir des variétés nombreuses.

La seconde période est celle dont l'absence est le plus fréquente. Les malades passent alors de la première à la troisième sans présenter ni délire général, ni agitation. Ils sont calmes et tranquilles pendant tout le cours de la maladie, à l'exception de quelques momens passagers de colère ou d'exaltation; leurs facultés vont en s'affaiblissant progressivement; leurs idées deviennent chaque jour moins nombreuses et plus incohérentes; la paralysie fait des progrès correspondans.

Lorsque c'est la première période qui manque, ce qui est plus rare, la maladie débute tout-à-coup par de l'agitation, de la fureur, et un trouble plus ou moins général des facultés. Mais il est difficile de décider d'une manière positive que cette période a manqué, parce qu'elle est souvent très-courte, et

que, se passant sous les yeux des parens des malades, on ne peut obtenir sur elle des renseignemens précis.

Quelquefois, au début de la maladie, les facultés et les idées sont si affaiblies et les mouvemens si gênés, que les malades paraissent déjà dans l'état que nous avons assigné à la troisième période.

Le passage d'une période à une autre a lieu, tantôt sans autre cause apparente que la marche naturelle de la maladie, tantôt à la suite d'attaques de congestion cérébrale.

Ces attaques sont surtout très-fréquentes dans la troisième période. Il y a des malades qui en ont jusqu'à dix ou douze pendant sa durée. Après chaque attaque, la paralysie et le dérangement des facultés font des progrès ; d'autres fois il survient des paroxysmes d'agitation ou même de fureur, qui cessent au bout de quelques jours.

Article Quatrième.

DURÉE DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

La durée de l'inflammation chronique des méninges est ordinairement fort longue, et il est facile de la déterminer d'une manière précise, parce que son invasion est très-tranchée, et que sa terminaison est presque toujours funeste.

Le terme le plus court que j'aie observé est de quinze à vingt jours. Mais les deux individus qui

me l'ont présenté avaient été frappés d'une violente attaque de congestion cérébrale, pendant laquelle s'étaient manifestés quelques symptômes de méningite.

La durée de cette affection varie depuis deux mois jusqu'à six, huit, dix, ou même douze ans. Sa durée moyenne est d'un an à un an et demi.

Le tableau suivant montrera d'une manière exacte les différentes époques auxquelles cette affection se termine.

TABLEAU *de la durée de la Méningite Chronique.*

Espace de temps.		Nombre de malades.	
1 an.	10 jours.	0	73
	15 à 25 jours	2	
	1 mois	0	
	2 mois	10	
	3 mois	10	
	4 mois	9	
	5 mois	3	
	6 mois	3	
	7 mois	5	
	8 mois	8	
	9 mois	12	
	10 mois	3	
	11 mois	4	
	1 an	4	
de 1 an à 6.	de 1 an à 1 an et demi	21	81
	de 1 an et demi à 2 ans	19	
	de 2 ans à 2 ans et demi	17	
	de 2 ans et demi à 3 ans	9	
	de 3 à 4 ans	9	
	de 4 à 5 ans	6	
	de 5 à 6 ans	0	

Espace de temps.		Nombre de malades.	
	Report. . . .		154
de 6 ans à 12.	de 6 à 7 ans.	1	5
	de 7 à 8 ans.	0	
	de 8 à 9 ans.	2	
	de 9 à 10 ans.	1	
	de 10 à 11 ans.	0	
	de 11 à 12 ans.	1	
			159

Durée moyenne, de 1 an à 1 an et demi.

Article Cinquième.

TERMINAISONS DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

La méningite chronique est une maladie non moins funeste par ses terminaisons que par les symptômes qui l'accompagnent. En effet, elle conduit au tombeau la plupart des individus qui en sont atteints. Sur un total de cent cinquante-neuf malades, cent cinquante ont succombé, et neuf seulement ont guéri ou ont éprouvé une amélioration très-sensible dans leur état (1).

Terminaison par la mort. — Les malades ne meurent jamais pendant le cours de la première période, à moins qu'ils ne soient frappés d'une attaque

(1) Ceux qui ont été guéris étaient au nombre de quatre ou cinq; les autres conservaient des symptômes de paralysie. Ils seront probablement retombés.

foudroyante de congestion cérébrale, ce qui est très-rare.

Un petit nombre succombent pendant la seconde période, par suite de l'agitation violente, et souvent spasmodique, dans laquelle ils se trouvent. Dans cet état, ils s'affaiblissent rapidement, maigrissent et finissent par tomber dans un assoupissement mortel.

Mais presque tous les malades meurent pendant la durée, ordinairement fort longue, de la troisième période. La plupart perdent peu-à-peu leur embonpoint et leurs forces; ils sont fréquemment pris d'un dévoiement abondant et opiniâtre que rien ne peut arrêter, et qui les jette rapidement dans un état de prostration et de marasme; les pieds et souvent les jambes s'infiltrent et se refroidissent; les escarres gangréneuses auxquelles ils sont si sujets s'agrandissent, ou sont remplacées par des plaies dont la suppuration est abondante, ichoreuse et fétide. Un ou deux jours avant leur mort, et quelquefois davantage, ils tombent dans un état d'assoupissement qui ne tarde pas à dégénérer en coma profond, avec suspension du sentiment et du mouvement. Alors la respiration s'embarrasse et devient stertoreuse, le pouls s'affaiblit et la mort arrive.

Un très-petit nombre d'individus, au lieu de maigrir, acquièrent graduellement un embonpoint monstrueux; ils perdent peu-à-peu la sensibilité et le mouvement, et deviennent comme des automates, uniquement bornés aux fonctions nutritives. Ils

ont des escarres profondes qu'ils ne sentent point; enfin, il survient un état carotique qui les enlève.

D'autres sont frappés d'une attaque violente de congestion cérébrale, perdent le sentiment et le mouvement, qu'ils ne recouvrent pas malgré tous les moyens qu'on met en usage. Ils succombent dans le coma le plus profond. Quelques-uns sont enlevés par des attaques répétées d'épilepsie.

Il y en a qui succombent à l'affection chronique de quelque viscère thoracique ou abdominal. La fréquence du pouls et la chaleur de la peau sont souvent les seuls symptômes qui attirent l'attention.

J'en ai vu trois ou quatre qui sont morts suffoqués par des alimens qui étaient tombés dans le larynx et avaient fermé l'ouverture de la glotte.

Terminaison par la guérison ou une amélioration des symptômes. — Le petit nombre de malades qui guérissent, ou dont l'état s'améliore, était dans la première ou la seconde période. Je n'ai vu qu'un seul exemple d'un individu qui, après être parvenu jusqu'à la troisième, revint ensuite graduellement à la raison et à la santé; mais il retomba plus tard dans son premier état, à la suite d'une attaque de congestion cérébrale.

Le rétablissement a toujours lieu d'une manière graduelle : l'agitation diminue d'abord, le délire devient moins étendu et moins incohérent; enfin, la raison et la tranquillité finissent par renaître. Mais la paralysie incomplète, beaucoup plus opiniâtre,

diminue plus lentement, et ne se dissipe entièrement qu'un ou plusieurs mois après le rétablissement des facultés.

La moitié des malades dont il est question dans ce paragraphe ne recouvrent point entièrement la santé. Ils jouissent de la raison, mais leurs facultés sont faibles, et ils conservent un embarras plus ou moins marqué dans la prononciation. La plupart de ces individus sont frappés, tôt ou tard, d'une nouvelle attaque de congestion cérébrale, et retombent dans leur premier état, sans espoir d'amélioration nouvelle.

Article Sixième.

COMPLICATIONS DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Les aliénés par suite de méningite chronique sont sujets, comme les autres individus, à être atteints de toute espèce d'affections. Parmi ces maladies, les unes, purement accidentelles, n'ont aucun rapport avec l'inflammation des membranes du cerveau, et ne méritent point d'être indiquées dans cet article; les autres, beaucoup plus constantes, paraissent liées à l'existence de cette phlegmasie à raison de leur fréquence. On pourrait plutôt les considérer comme des effets secondaires et sympathiques de cette maladie que comme des complications. En effet, nous avons vu plus haut que la plus commune de ces complications, l'inflammation gas-

tro-intestinale, existait chez près de la moitié des individus qui succombent ; et les inflammations du système séreux, chez un sixième de ces malades. Nous ne reviendrons pas sur les motifs qui nous ont fait regarder ces affections comme des effets de la méningite chronique.

L'atteinte profonde portée à la sensibilité par les lésions qui constituent l'inflammation des méninges, rend presque toujours latentes les complications qui surviennent dans son cours.

Lorsqu'il y a gastrite, entérite, ou gastro-entérite chroniques, phlegmasies qui surviennent ordinairement pendant la troisième période de la méningite chronique, on ne remarque ordinairement ni douleur à la pression du ventre et de l'épigastre, ni chaleur à la peau, ni fréquence du pouls. Il y a le plus souvent un appétit vorace, ou même une faim insatiable, symptôme qui dépend peut-être en partie de cette phlegmasie chronique. Le seul phénomène propre à faire reconnaître celle-ci lorsqu'elle affecte la muqueuse intestinale, c'est le dévoiement opiniâtre qui l'accompagne.

Les complications thoraciques consistent en pleurésies, pneumonies et péricardites, comme on peut le voir par le tableau placé à la fin du Chapitre Second de cet ouvrage. On ne reconnaît presque jamais, pendant la vie, l'existence de ces affections. Les malades ne se plaignant d'aucune douleur et ne paraissant pas souffrir beaucoup plus, on ne songe point à explorer attentivement leur poitrine, et l'on

est fort étonné, lorsqu'ils succombent, de trouver tantôt les poumons hépatisés, tantôt des collections séro-albumineuses dans la plèvre ou le péricarde, avec des fausses membranes épaisses qui tapissent leur surface.

CHAPITRE QUATRIÈME.

SIGNES DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Je partage en quatre articles les signes de cette maladie : le premier comprend ceux à l'aide desquels on parvient à établir sa nature et son siége, ou ses signes diagnostiques ; le second, ceux qui indiquent l'existence de telle ou telle lésion des méninges, article dans lequel je m'occuperai de rechercher la cause anatomique de chacun des symptômes de la maladie, c'est-à-dire d'expliquer ces derniers considérés comme effets, à l'aide des lésions méningiennes et cérébrales envisagées comme causes ; le troisième traite des signes qui font distinguer l'inflammation chronique des méninges des différentes maladies cérébrales qu'on pourrait confondre avec elle ; et le quatrième, de ceux qui font pressentir d'avance quelles seront la marche ultérieure et la terminaison de cette maladie, ou de ses signes pronostiques.

Article Premier.

SIGNES PATHOGNOMONIQUES,

OU

Diagnostic de la Méningite Chronique.

Parmi les nombreuses causes qui donnent lieu au développement de l'inflammation chronique des méninges, une d'elles, la congestion cérébrale, qui est un effet plus ou moins éloigné de toutes les autres influences, est constante dans cette maladie et n'existe point dans les autres espèces d'aliénation mentale qui tiennent à des lésions d'une autre nature. Aussi, lorsqu'on apprend qu'un aliéné a été atteint, avant l'invasion du délire, d'une affection dans laquelle il a perdu d'une manière plus ou moins longue, ou plus ou moins marquée, l'usage du sentiment et du mouvement, on peut affirmer d'avance, et sans crainte de se tromper, que ce malade est atteint d'une inflammation chronique des méninges. En effet, je n'ai pas vu un seul cas où un semblable jugement eût induit en erreur.

Mais comme les symptômes de congestion cérébrale surviennent souvent sans être aperçus des parens des malades, qui sont les seuls témoins de l'invasion du délire, soit parce qu'ils se manifestent et diminuent ou disparaissent en leur absence, soit parce que l'aliénation survenant immédiatement après leur apparition les empêche de les remarquer,

soit enfin parce que cet afflux du sang vers la tête s'établit d'une manière lente, progressive et peu marquée, il convient d'établir sur d'autres signes le diagnostic de la maladie qui nous occupe.

Parmi les nombreux symptômes dont s'accompagne cette affection, on peut réduire à deux ceux qui servent essentiellement à la caractériser ; ces deux signes pathognomoniques sont : 1°. le dérangement des facultés intellectuelles, ou le délire ; 2°. la paralysie incomplète.

1°. *Délire.*

L'aliénation mentale prend des formes variées dans la méningite chronique : partielle d'abord et consistant en une sorte de monomanie avec affaiblissement des facultés, elle devient ensuite générale et maniaque avec exaltation, agitation ou fureur; elle dégénère ensuite en un état de démence dans lequel les idées sont décousues et incohérentes, et les facultés plus ou moins anéanties. Après avoir parcouru toutes les phases de dégradation, elle finit quelquefois par un état de stupidité complète, c'est-à-dire par l'oblitération la plus absolue de tous les actes intellectuels et moraux.

Mais à quelque degré que soit parvenue l'aliénation mentale, qu'elle se manifeste sous forme de monomanie, de manie ou de démence, qu'elle soit tranquille ou accompagnée d'agitation plus ou moins

violente, elle se distingue toujours ou presque toujours des autres espèces de folie, pendant une partie ou toute la durée de son cours, par des idées dominantes de richesse, de grandeur, de puissance, etc. Les malades s'imaginent qu'ils ont des centaines de mille francs, des millions, des centaines de millions, des milliards, des monceaux d'or, d'argent, de pierreries, de diamans, etc.; ils possèdent des châteaux magnifiques, des maisons de campagne superbes, des villages, des villes, des provinces, des nations, ou même l'univers entier; ils se croient à-la-fois revêtus de toutes les dignités et doués de tous les talens. Ils sont généraux, maréchaux, amiraux, ministres, rois, empereurs, et Dieu même.

Toutes ces idées extravagantes, marquées par l'ambition la plus désordonnée, dominent les malades de la manière la plus tyrannique, et ne laissent aucune place à des idées d'un autre ordre. Elles sont plus ou moins cohérentes ou incohérentes, suivant le degré de la maladie.

2°. *Paralysie.*

La paralysie qui, réunie au délire, établit le diagnostic de la méningite chronique, n'est jamais, comme on pourrait le penser à cause du sens qu'on attache ordinairement à ce mot, une privation complète du sentiment et du mouvement d'une partie quelconque du corps. C'est une diminution et un affaiblissement de ces fonctions, qui, très-légère d'a-

bord, et bornée à un seul organe, augmente progressivement et graduellement, s'étend à un plus grand nombre de parties, et finit par envahir le système locomoteur tout entier, de manière que le nom qui nous paraît le mieux lui convenir, et que nous lui avons donné dans tout le cours de cet ouvrage, est celui de *paralysie générale et incomplète.*

Elle commence par un embarras de la langue. Les malades ont de la difficulté à prononcer certains mots, ils hésitent ou bégaient en parlant ; d'autres fois ils sont obligés de faire un certain effort pour articuler.

Cette paralysie de la langue ne tarde pas à augmenter, la parole devient lente et confuse; il s'y joint une certaine difficulté dans la marche, qui n'est sensible dans les premiers temps que pour les personnes habituées à observer les malades qui en sont atteints. Bientôt ceux-ci ne marchent pas droit, se dévient de leur chemin, se tiennent avec une certaine roideur, et ne paraissent point parfaitement solides sur leurs jambes. Plus tard, ils marchent comme des ivrognes, sont souvent sur le point de tomber à droite ou à gauche, font des détours qui paraissent involontaires, comme si les jambes fléchissaient sous le poids de leur corps.

Dans une période plus avancée, la prononciation devient lente, confuse, tremblante, entrecoupée et très-difficile à comprendre; la démarche est chancelante et vacillante. Les malades font des chutes très-fréquentes; ils marchent lentement et

en traînant les pieds, de manière qu'ils heurtent les objets qu'ils rencontrent sur leur chemin au lieu de lever les pieds pour les éviter. A cette époque, tout le système musculaire participe à cet état de paralysie. Les membres supérieurs servent mal à la préhension des corps; leur force est diminuée d'une manière très-manifeste, ce qu'on juge facilement en mettant sa main dans celles du malade et en lui disant de la presser.

Les sphincters perdent leur énergie et se relâchent; alors les urines et les déjections alvines coulent sans cesse et involontairement, ce qui rend les malades d'une saleté dégoûtante. Les contractions de l'œsophage s'affaiblissent et perdent une partie de leur énergie, de manière que la déglutition des alimens solides devient difficile et quelquefois même impossible.

Enfin, il arrive quelquefois un moment, dernier terme de l'anéantissement des mouvemens, où l'appareil locomoteur paraît frappé dans presque toute son étendue d'une immobilité complète. Dans cet état, les malades ne peuvent plus ni marcher, ni se soutenir, ni parler, ni mouvoir les membres supérieurs. Couchés sur le dos, immobiles et presque insensibles, leur vie, purement automatique et presque entièrement bornée aux fonctions nutritives, se rapproche plus de celle des dernières classes d'animaux que de celle de l'homme.

La paralysie du *sentiment* n'est jamais aussi marquée que celle du mouvement, et l'on n'en trouve

presque aucune trace au début de la maladie ; mais elle se manifeste et augmente à mesure que la paralysie du mouvement fait des progrès. Elle est toujours en raison directe de cette dernière, sans parvenir toutefois au même degré. Dans la troisième période, il faut pincer assez fortement les malades pour qu'ils donnent des signes de douleur.

Article Second.

SIGNES DES LÉSIONS DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE,

OU

Explications des symptômes par les altérations organiques.

Si l'on a lu avec attention les observations de la première partie de cet ouvrage, ainsi que les réflexions qui les accompagnent, on est presque assez éclairé pour répondre d'avance à la plupart des questions qui font la matière de cet article, dans lequel je me propose d'expliquer les symptômes de la méningite chronique, considérés comme effets par les lésions méningiennes et cérébrales envisagées comme causes.

J'examinerai successivement le délire, l'exaltation, l'agitation et la fureur, la paralysie générale et incomplète, les idées ambitieuses dominantes, la démence et la stupidité, les attaques apoplectiques et les phénomènes spasmodiques.

1°. *Délire.*

Le dérangement des facultés intellectuelles, ou le délire, dépend constamment, dans la maladie que je décris, de l'irritation que la face interne des méninges enflammées exerce sur la substance corticale de la convexité et de la face interne des hémisphères cérébraux, et par suite sur l'encéphale tout entier. En effet, on trouve un rapport constant entre les lésions organiques et le désordre de l'entendement. Plus ce dernier est considérable, et plus les premières sont marquées, *et vice versâ*, comme on a pu s'en convaincre en lisant les observations qu'on trouve au commencement de cet ouvrage. Mais de quelle manière les lésions méningiennes produisent-elles le délire? en altérant immédiatement le centre où aboutissent les impressions extérieures, où s'exercent les opérations intellectuelles, et d'où partent les déterminations volontaires, en un mot, l'instrument de l'intelligence.

2°. *Exaltation, agitation et fureur.*

La même cause qui donne lieu au dérangement des facultés produit un désordre correspondant dans la volonté. Lorsque les méninges sont injectées et enflammées, la surface du cerveau qu'elles recouvrent est irritée; l'âme ne commande plus régulièrement les mouvemens du corps; et l'encéphale, qui

cesse d'être en partie soumis à son empire, réagit sur le système musculaire, et donne lieu à des mouvemens plus ou moins violens de la tête et des membres ; de là naît un trouble général dans les fonctions qui servent à l'expression des actes intellectuels et moraux, trouble qui, suivant le degré auquel il existe, constitue l'exaltation, l'agitation ou la fureur.

3°. *Paralysie incomplète.*

La paralysie générale et incomplète est le symptôme le plus grave et le plus remarquable de la méningite chronique, aussi est-ce le seul qui ait frappé l'attention des observateurs qui l'ont isolé des autres phénomènes de cette maladie, et en ont fait une complication de l'aliénation mentale, une des maladies accidentelles auxquelles les insensés sont le plus exposés.

Ce symptôme, aperçu par M. Pinel, a été étudié avec beaucoup de soin par M. Esquirol, qui a déterminé avec précision son influence sur le degré de curabilité de l'aliénation mentale. Mais ces auteurs, sans s'occuper d'une manière spéciale de la cause dont il dépend, l'ont regardé comme un effet accidentel de la folie elle-même parvenue à sa dernière période. Or, comme ils attribuent le délire à une altération des propriétés vitales du cerveau, le symptôme dont nous parlons doit dépendre, suivant ces auteurs, de la même cause.

Telle est aussi l'opinion de M. Georget, qui s'ex-

prime ainsi (*Traité de la Folie*, pag. 213) : » Le cerveau, d'abord affecté presque exclusivement comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent nerveux : de là les paralysies si fréquentes chez les aliénés. » Il pense aussi qu'elle dépend d'un ramollissement de la substance cérébrale.

M. Delaye, dans une thèse sur cette espèce de paralysie, l'attribue à une augmentation ou à une diminution de la consistance du cerveau, sans remarquer que les observations qu'il rapporte présentent tous les caractères d'une méningite chronique avec infiltration séreuse de la pie-mère.

Les faits et les réflexions qui composent la première partie de cet ouvrage doivent, je pense, avoir mis hors de doute que la paralysie est un symptôme constant de la méningite chronique et qu'elle dépend d'une compression du cerveau, occasionée par une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère pendant les deux premières périodes, et par la même congestion, plus par une infiltration séreuse de la pie-mère, et par un épanchement de sérosité, entre les deux feuillets de l'arachnoïde et dans la cavité des ventricules, pendant le dernier stade de la maladie. Rappelons les principaux faits qui servent de base à cette opinion.

1°. Toutes les fois que le cerveau est comprimé partiellement dans la totalité ou une partie d'un de ses hémisphères, soit par une exostose, une tumeur fibreuse ou cancéreuse, soit par un épanche-

ment sanguin, qui a lieu à sa surface ou dans son tissu, il survient une paralysie plus ou moins complète dans le côté du corps opposé à la lésion cérébrale. Cette paralysie est au contraire générale, toutes les fois que les deux hémisphères sont comprimés en même temps, comme on le voit dans les hydrocéphales, les hémorrhagies sanguines du centre de l'encéphale, etc.

Dans la méningite chronique, le cerveau est comprimé dans toute son étendue, et cette compression, légère d'abord, augmente ensuite graduellement; d'où il suit que la paralysie doit être générale, qu'elle doit être peu marquée dans les commencemens, et qu'elle doit faire des progrès successifs à mesure que les causes dont elle dépend deviennent elles-mêmes plus graves. Or, c'est ce que nous avons remarqué dans toutes les observations qui font partie de cet ouvrage. Dans la première période, les malades n'éprouvent qu'un embarras dans la langue et une difficulté très-légère dans la marche; aussi ne trouve-t-on, lorsqu'ils succombent, qu'une injection sanguine de la pie-mère avec une petite quantité de sérosité dans le même organe ou dans les ventricules. Dans la troisième période, où la paralysie est très-marquée, l'infiltration séreuse et les épanchemens de même nature sont très-considérables, et il y a un rapport constant d'intensité entre le symptôme et les lésions dont nous parlons; ainsi la plupart des malades dont les observations composent la seconde série, ne pouvaient

plus ni parler, ni marcher, ni se soutenir. Aussi leur cerveau était-il comprimé par une quantité très-considérable de sérosité qui distendait les ventricules, était infiltrée dans la pie-mère, et accumulée dans l'intervalle des deux feuillets de l'arachnoïde. Les circonvolutions étaient aplaties et les anfractuosités effacées. On voyait l'encéphale revenir sur lui-même à mesure que le fluide séreux s'écoulait.

2°. On ne peut pas nier que la paralysie qui survient à la suite des congestions cérébrales, ne soit l'effet d'un afflux de sang dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau. Or l'inflammation chronique des méninges dépend toujours d'une semblable congestion, et au début de la maladie, lorsque l'arachnoïde est déjà enflammée, il arrive souvent qu'une évacuation sanguine un peu abondante fait cesser ou diminue les symptômes de paralysie. Donc ce dernier symptôme était en grande partie l'effet de cette congestion.

3°. Dans l'hydrocéphale chronique, l'on ne peut pas nier que la paralysie ne soit le résultat de l'accumulation de sérosité dans le cerveau. Or, dans beaucoup de cas de méningite chronique l'épanchement de ce fluide est assez considérable pour leur mériter le nom d'hydrocéphale. (*Voyez* les deux dernières observations de la seconde série.)

4°. Si la paralysie dont nous parlons était l'effet d'une lésion du parenchyme cérébral lui-même, indépendante de toute compression sanguine ou séreuse, on devrait rencontrer la paralysie générale

et incomplète chez des individus dont le cerveau n'offrirait aucun des caractères anatomiques de l'inflammation des méninges. C'est ce que je n'ai jamais rencontré parmi plus de quatre cents autopsies d'aliénés, excepté dans quelques cas où la perte des mouvemens dépendait d'une lésion très-apparente, comme une tumeur fibreuse, osseuse, cancéreuse, etc., qui comprimait l'encéphale.

La paralysie dépend-elle, comme le pense M. Delaye, d'un endurcissement ou d'une diminution de consistance du cerveau? Cette opinion paraîtra dénuée de tout fondement en considérant 1°. qu'un symptôme identique ne tient jamais à deux altérations opposées; 2°. que rien n'est plus fréquent que de rencontrer des cerveaux plus mous ou plus consistans que dans l'état ordinaire, chez des individus qui n'ont jamais présenté aucun symptôme de paralysie, ou même d'aliénation; 3°. que dans la méningite chronique, où l'on trouve assez souvent les deux lésions dont parle M. Delaye, il n'est pas rare d'examiner des cerveaux dont la consistance est tout-à-fait naturelle. Nous pensons que ces lésions, lorsqu'elles existent et qu'elles sont générales, sont l'effet immédiat, l'une, qui est la plus fréquente (l'endurcissement), de la compression du cerveau, et l'autre (la mollesse), tantôt de sa compression, tantôt de son irritation.

4°. *Idées ambitieuses dominantes.*

C'est un fait fort extraordinaire sans doute, mais qui n'en est pas moins certain, que l'inflammation chronique des méninges donne lieu, chez les individus qui en sont atteints, à une série particulière toujours la même, d'idées dominantes de richesse, de grandeur, de puissance. Les exceptions sont assez rares, encore les trouve-t-on souvent chez des sujets qu'on n'a pas pu observer depuis l'invasion de la maladie; et comme les renseignemens qu'on obtient sur les circonstances antérieures ne sont pas toujours complets, et que les idées dont nous parlons finissent quelquefois par disparaître dans la dernière période, on voit qu'on est très-exposé à se tromper en concluant qu'elles n'ont pas dû exister dans les deux premières.

Peut-on déterminer quelles sont les causes, ou mieux les conditions physiques du délire ambitieux? Cette question est de la plus grande difficulté; sans nous flatter d'y avoir répondu d'une manière tout-à-fait satisfaisante, nous espérons cependant avoir approché le plus près possible de la vérité. Nous regardons ces idées comme l'effet indirect de l'action qu'exercent sur la substance corticale, et par suite sur le cerveau tout entier, la congestion sanguine de la pie-mère et l'inflammation de la face interne de l'arachnoïde, lésions qui existent toujours simultanément dans la maladie que je décris. Donnons les preuves de cette proposition:

1°. On trouve constamment, à l'ouverture du cadavre des individus qui succombent à cette affection, une injection très-considérable de la pie-mère, dont le degré est souvent proportionnel au délire ambitieux qui domine les malades.

2°. La méningite chronique reconnaît pour cause prochaine une congestion cérébrale, qui tantôt survient tout-à-coup et tantôt s'établit lentement et d'une manière progressive. Les attaques apoplectiques auxquelles elle donne lieu, sont souvent immédiatement suivies de la manifestation des idées dominantes de richesse et de grandeur.

3°. Des émissions sanguines abondantes faites à propos dans les première et seconde périodes, diminuent souvent et font cesser quelquefois ces idées d'une manière assez prompte. Mais si la congestion augmente ou s'il survient une nouvelle attaque apoplectique, le délire ambitieux devient plus considérable, ou éclate de nouveau s'il s'était dissipé. Les observations de la première partie de cet ouvrage nous offrent des preuves multipliées de cette proposition.

4°. Les épanchemens séreux sont constamment avec ce délire ambitieux dans un rapport inverse de la congestion cérébrale, à moins que celle-ci ne soit en même temps très-marquée. Dans les autres cas, plus il y a de sérosité dans l'intervalle des deux feuillets de l'arachnoïde, dans le tissu de la pie-mère et dans les ventricules, et plus les idées ambitieuses sont légères et peu marquées, *et vice*

versâ. Quelquefois même ces dernières n'existent pas lorsque les collections séreuses sont très-abondantes. (*Voyez* la plupart des observations de la seconde série.)

5°. Mais cette injection sanguine de la pie-mère n'est pas la seule condition organique des idées ambitieuses dominantes; car, s'il en était ainsi, ces idées devraient se rencontrer chez les individus qui ont été frappés d'attaques de congestion cérébrale simple, ce qui n'est point. Cette seconde cause consiste en une irritation ou en une inflammation de la surface interne de l'arachnoïde cérébrale. C'est un fait prouvé par l'observation journalière, et sur lequel M. Lallemand a insisté, que les affections de cette membrane sont toujours accompagnées de délire, tandis qu'on ne l'observe point dans les maladies du tissu cérébral lui-même (1). C'est ce qu'on voit constamment dans l'arachnitis aiguë. Nous verrons dans le second volume de cet ouvrage, que la surface externe ou libre de l'enveloppe séreuse du cerveau, est susceptible de s'enflammer primitivement, comme sa surface interne, et de donner lieu à une espèce particulière d'aliénation. Or, dans cette espèce où il n'y a point de congestion cérébrale, il n'y a point d'idées ambitieuses.

(1) Ce qui tient sans doute à ce que le tissu cérébral n'est jamais altéré primitivement dans les deux hémisphères à-la-fois, tandis que dans les inflammations des méninges il est irrité dans une grande étendue des deux moitiés qui le composent.

6°. On rencontre constamment les traces d'une inflammation de l'arachnoïde à l'ouverture des aliénés qui sont dominés par des idées ambitieuses et qui ont des signes de paralysie.

Ainsi, si d'un côté ces idées ambitieuses dominantes n'existent point dans la congestion sanguine simple de la pie-mère, ni dans l'arachnitis sans congestion de la même membrane cellulo-vasculaire; si, de l'autre, cette série particulière d'idées coïncide toujours avec la réunion de ces deux affections, on est en droit d'en conclure que l'une dépend de l'autre. Mais comment la congestion de la pie-mère et l'inflammation de l'arachnoïde peuvent-elles donner lieu aux idées ambitieuses dominantes?

Ce problème nous paraît presque insoluble dans l'état actuel de la science. Aussi, donnons-nous plutôt comme des conjectures probables que comme des preuves, les efforts que nous avons faits pour le résoudre.

Ces altérations ne peuvent exercer une influence directe et immédiate dans la production de ce délire ambitieux; car adopter cette opinion, ce serait admettre que tel état particulier du cerveau fait penser de telle manière, tel autre état, de tel autre, ce qui nous paraît absurde. Il faut donc considérer ces lésions comme des conditions physiques des idées ambitieuses. Quoique, à mon avis, la doctrine cranioscopique ne repose sur aucun fondement solide, j'ai dû rechercher d'abord si cet ingé-

nieux système pourrait expliquer le développement de ces idées; mais le plus léger coup d'œil suffit pour en montrer l'impossibilité. En effet, la partie du cerveau que le docteur Gall regarde comme l'organe de l'ambition, occupe seulement un des points de la convexité des hémisphères, tandis que l'inflammation des méninges s'étend toujours à toute la surface de ces mêmes hémisphères, d'où il résulte que la plupart des organes admis par M. Gall devraient être irrités en même temps et donner lieu chacun à des idées d'un ordre particulier, ce qui n'est point.

Quoique aucune cause physique ou organique, pathologique ou physiologique, ne puisse enchaîner l'intelligence au point de développer d'une manière directe et nécessaire telle ou telle série particulière d'idées, cependant certains états du corps et certaines maladies peuvent se lier comme prédispositions, ou conditions physiques, à certaines idées, certains penchans, certaines affections. Ainsi, 1°. l'exercice libre, facile et complet, de toutes les fonctions, ou l'état de santé parfaite, est en général accompagné d'un état de joie, de contentement et de satisfaction. 2°. Les idées vénériennes assiégent principalement les individus dont les organes génitaux sont dans un état d'orgasme, d'excitation ou d'irritation. 3°. Les malades qui sont parvenus au second, mais surtout au troisième degré de la phthisie pulmonaire, se font en général une illusion complète sur leur état. Ils ne souffrent point, regardent

leur guérison comme très-prochaine, et se livrent en général, avec une satisfaction marquée, à des plans et à des projets qui exigeraient une longue carrière. J'ai vu trois médecins devenus phthisiques, qui, malgré leurs profondes connaissances sur cette maladie, étaient tombés dans les mêmes illusions et les mêmes idées que les malades ordinaires. 4°. La plupart des affections abdominales chroniques, telles que les gastrites, les entérites, les gastro-entérites, les hépatites, donnent lieu à un état opposé. Les malades s'exagèrent prodigieusement le danger et la gravité de leurs souffrances, ils s'en occupent sans cesse, et, pour peu que leur tête soit faible, ils perdent la gaîté et deviennent tristes, sombres, taciturnes et hypochondriaques. Lorsque ces malades deviennent aliénés, ou que des aliénés ordinaires sont atteints d'une inflammation chronique intestinale, il survient presque constamment la crainte d'être empoisonné et le refus des alimens.

Comment agissent donc ces différentes affections pour changer l'état de l'intelligence, et pour imprimer aux idées tel ou tel caractère?

Elles agissent de deux manières, en produisant 1°. un état de plaisir et de bien-être; 2°. un état de douleur et de souffrance. Ce principe admis, reprenons les maladies dont nous venons de parler, et, après avoir donné l'explication qui nous paraît la plus probable, nous en ferons ensuite l'application à la méningite chronique et au délire ambitieux qui l'accompagne.

Nous jugeons en général d'après nos sensations;

et ceux qui savent le mieux en théorie combien cette source de nos connaissances est sujette à nous jeter dans l'erreur, ne sont pas plus en garde contre elle que les autres hommes. D'après ce principe, un homme qui éprouve une grande souffrance juge qu'il est très-malade; et un homme qui, après avoir éprouvé une douleur plus ou moins grande, cesse ensuite entièrement de souffrir, est très-disposé à se croire guéri, malgré les raisons qui pourraient l'engager à porter un jugement contraire. Or, c'est ce qui arrive dans la phthisie pulmonaire. Dans le premier, quelquefois le second degré, les malades éprouvent des douleurs plus ou moins vives dans la poitrine ; ils sont fatigués par la toux, les sueurs, et quelquefois le dévoiement: alors ils se plaignent beaucoup et exagèrent plutôt leurs souffrances qu'ils ne les diminuent; mais dans le dernier degré, ils assurent qu'ils ne souffrent point et qu'ils sont très-bien ; aussi, l'intensité des symptômes ne les empêche point d'être persuadés qu'ils sont sur le point de guérir : quelquefois même ils se croient guéris et veulent se lever, malgré l'état de marasme dans lequel ils se trouvent. Je ne vois là qu'un faux jugement fondé sur une sensation de bien-être et de plaisir.

Les affections abdominales s'accompagnent, au contraire, d'un sentiment intérieur et continuel de malaise et de souffrance, de lenteur et de difficulté dans les fonctions digestives, de pesanteur de tête,

etc., symptômes d'où les malades concluent, par une induction dont ils ne se rendent pas compte, qu'ils sont atteints d'une affection grave ; de là les idées tristes et les craintes qui les assiégent.

Qu'arrive-t-il dans la méningite chronique lorsque le cerveau se trouve à-la-fois sous l'influence d'une congestion sanguine et d'une irritation générale ? Il en résulte, indépendamment du délire et de la paralysie, un état de bien-être et de plaisir qui se manifeste dans l'extérieur et les paroles des malades. Non-seulement ils ne souffrent pas, mais ils répondent toujours, lorsqu'on les interroge sur leur santé, *qu'ils se portent très-bien, qu'ils sont très-heureux et très-contens*. On sait que l'aliénation détruisant la liberté morale de l'homme, laisse dominer les idées qui l'occupaient principalement lorsqu'il jouissait de la raison. Il n'y a plus de frein aux mauvais penchans, plus de volonté qui s'oppose aux pensées favorites, qui flattent la cupidité, l'orgueil ou la vanité. Or, quelle est la passion qui soit plus universelle, plus agréable, plus dominante, et en même temps plus difficile à contenter que l'ambition ? Quel est l'homme qui n'a pas fait des projets pour arriver à la fortune ou aux honneurs ? Quel est l'homme qui ne s'est pas amusé à réaliser pour quelques instans au moins les rêves brillans de son imagination, en supposant tout-à-coup qu'il est parvenu au but de ses désirs, en s'imaginant qu'il est devenu riche, puissant, couvert

de titres et de distinctions? en un mot, qui n'a pas fait de *châteaux en Espagne* (1)?

En jetant un coup d'œil sur les causes prédisposantes de l'inflammation chronique des méninges, nous voyons que la plupart des individus qui, plus tard, sont atteints de cette maladie, étaient impérieux, vains, orgueilleux, intéressés et ambitieux. Or, lorsqu'ils sont sous l'influence de la méningite, tout se réunit pour donner à leur délire un caractère analogue. Ils éprouvent un sentiment général de plaisir, de bien-être ; leurs idées doivent donc être marquées au coin du contentement, de la gaîté et de la joie. Les idées auxquelles ils se livraient avec le plus de plaisir, sans pouvoir les satisfaire, consistaient en des projets

(1) On ne saurait mieux peindre cette disposition générale des hommes à se livrer à des projets ambitieux, que ne l'a fait La Fontaine dans sa charmante fable de la *Laitière et du Pot au lait*.

. . . .
Quel esprit ne bat la campagne ?
Qui ne fait châteaux en Espagne ?
Picrocole, Pyrrhus, la laitière, enfin tous,
Autant les sages que les fous.
Chacun songe en veillant, il n'est rien de plus doux :
Une flatteuse erreur emporte alors nos âmes ;
Tout le bien du monde est à nous ;
Tous les honneurs, toutes les femmes.
Quand je suis seul, je fais au plus brave un défi,
Je m'écarte, je vais détrôner le sophi ;
On m'élit roi, mon peuple m'aime ;
Les diadèmes vont sur ma tête pleuvant :
Quelque accident fait-il que je rentre en moi-même,
Je suis Gros-Jean, comme devant.

d'avancement et de fortune, en des châteaux en Espagne plus ou moins gigantesques, suivant la chaleur de leur imagination et le degré de leur ambition. Leurs idées doivent donc rouler sur les richesses, les honneurs, les dignités et la puissance. Enfin, ces idées ambitieuses doivent être dominantes, incohérentes et durables, parce qu'avant l'aliénation elles occupaient l'esprit des malades avec plus de plaisir que celles d'un autre ordre, et qu'une fois qu'elles se sont présentées, l'âme ne pouvant plus se servir librement de l'instrument de ses opérations (le cerveau), ne peut plus ni les comparer avec d'autres idées, ni les chasser, ni les coordonner.

L'ivresse (1) dans laquelle il y a des signes évidens d'irritation et de congestion passagères du cerveau, nous offre aussi une analogie frappante avec l'aliénation occasionée par la méningite chronique. Les hommes ivres ont la langue embarrassée, et prononcent avec lenteur et en bégayant; leur démarche est mal assurée et vacillante; ils se tiennent mal sur leurs jambes et décrivent des zigzags en marchant. Ils sont ordinairement exaltés et parlent sans cesse. Leurs idées sont troublées et incohérentes; mais ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que ces idées sont toujours gaies et joyeuses, et

(1) Je me propose d'examiner à fond la question de l'ivresse dans un mémoire sur l'influence qu'exercent les différens organes de l'économie dans l'état sain et pathologique sur le cerveau, et, par suite, sur les facultés intellectuelles et les affections morales.

constituent assez souvent, quoique à un degré beaucoup plus faible que dans l'inflammation des méninges, un véritable délire ambitieux.

Les ivrognes sont gais, contens et heureux; ils ont oublié leurs peines et leurs chagrins; ils voient tout en beau, rien ne leur manque, et dorénavant ils n'auront plus à craindre la misère ni le malheur. Quelquefois ils se croient des personnages importans; ils ont de la force, du courage, du talent. Il y en a qui se persuadent qu'ils sont riches et opulens. La plupart des chansons bachiques peignent ces effets singuliers du vin sur les facultés de ceux qui en boivent une quantité trop considérable (1).

---

(1) Tout le monde connaît ces chansons. Je me contenterai de citer quelques-uns des couplets qui expriment le mieux les idées dont je parle.

Quand je me roule sous la table,
Je me crois au faîte des grandeurs.

(*Extrait d'une chanson bachique.*)

Le vin met tout le monde en l'air;
Le vin du bonheur est la voie;
Dans le vin gît toute la joie.

(*Ode à Bacchus.*)

De tous les biens de la terre
En m'enivrant je me ris;
Je verse à flots dans mon verre
La topaze et le rubis;
J'ai de l'or tout à mon gré
Quand mon raisin est doré.
Diamans
Bien brillans,

L'explication que j'ai donnée du délire ambitieux de la méningite chronique, peut en grande partie s'appliquer à celui qui survient dans l'ivresse.

5°. *Démence et stupidité.*

L'affaiblissement extrême et l'oblitération presque totale des facultés qui constituent la démence et la stupidité, sont, comme la paralysie générale, l'effet de la compression du cerveau par des épanchemens séreux; aussi ces symptômes sont-ils constamment en raison directe de cette dernière altération comme on le voit dans toutes les observations renfermées dans cet ouvrage. On conçoit qu'une cause qui altère le cerveau comme organe central des mouvemens, doit en même temps lui porter atteinte comme instrument de l'intelligence; et, sous ce double rapport, quelle cause est plus capable de déranger et de détruire son action qu'une compression générale, qui a lieu en même temps, et à la surface des hémisphères et dans la cavité des ventricules?

Perle, cristal, ambre fin,
Tout est dans un verre de vin.
(*Extrait d'une chanson sur l'ivresse*, par M. de Ségur.)

Harpagon va voir
Chaque soir
Sa cassette mignonne;
Ivre, il voit des écus,
De plus, etc.

(*Extrait d'une chanson*, par Chazet.)

Tout ce que j'ai dit en rendant compte de la paralysie s'applique entièrement à la démence : je ne pourrais que me répéter en y revenant.

6°. *Attaques apoplectiformes.*

Les attaques apoplectiformes qui surviennent si fréquemment au début et pendant le cours de la méningite chronique, sont le résultat d'une congestion sanguine subite dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau. Le succès constant des émissions sanguines à la suite de ces attaques, le retour complet des mouvemens, et, lorsque les malades succombent, l'injection considérable de la pie-mère, et l'absence de tout épanchement sanguin et de toute altération cérébrale, mettent tellement cette vérité hors de doute, que je ne crois pas devoir y insister davantage.

7°. *Mouvemens convulsifs.*

Les mouvemens convulsifs sont, comme nous avons cherché à le prouver par les observations de la troisième série (première Partie de cet ouvrage), l'effet de l'inflammation de la substance grise des hémisphères consécutive à la méningite chronique. Cette opinion est fondée sur les considérations suivantes :

1°. L'inflammation partielle de la substance blanche du cerveau donne fréquemment lieu, comme

l'ont prouvé les ouvrages de MM. Lallemand et Rostan, à des phénomènes spasmodiques dans le côté du corps opposé à la lésion cérébrale.

2°. Toutes les fois que j'ai observé des mouvemens convulsifs bien tranchés dans le cours de la méningite chronique, et que les sujets qui me les avaient présentés ont succombé, j'ai rencontré, à l'ouverture de leur cadavre, une encéphalite consécutive plus ou moins étendue des circonvolutions des hémisphères.

Le caractère anatomique auquel on reconnaît cette phlegmasie consiste en un ramollissement superficiel de la substance grise, avec adhérence de la face interne des méninges au cerveau, dans l'endroit de l'altération.

L'étendue de cette encéphalite varie beaucoup et occasione des différences dans l'intensité et la forme des phénomènes spasmodiques; ainsi, l'inflammation d'une grande partie ou de la totalité de la surface des hémisphères donne lieu à une agitation spasmodique plus ou moins violente, continue ou périodique (3e. Série, Ire., IIe., IIIe., IVe. Ve. et VIe. Observ.), et à des attaques épileptiformes (3e. Série, VIIe., VIIIe., IXe. et Xe. Observ.); tandis que, lorsque cette phlegmasie est plus circonscrite et bornée à un nombre plus ou moins considérable de points de la substance grise des deux hémisphères, elle détermine des mouvemens spasmodiques moins violens et moins généraux, tels que des grincemens de dents, des tremblemens; des

convulsions, des contractures avec rigidité et des extensions tétaniques (3e. Série, XIe., XIIe., XIIIe., XIVe. et XVe. Observ.; et 4e. Série, VIIIe., IXe., Xe., XIe. et XIIe. Observ.)

J'ai donné, dans les réflexions qui accompagnent les observations de la troisième série, des preuves multipliées sur lesquelles je ne reviendrai point, de la proposition qui fait l'objet de ce paragraphe. Je me contenterai, avant de finir cet article, de dire un mot des lésions autres que l'encéphalite qui peuvent donner lieu à des phénomènes spasmodiques, et des cas où quelques points de la surface du cerveau étant enflammés, ces phénomènes ne paraissent pas s'être manifestés.

Dans quelques cas très-rares, un épanchement subit de sérosité à la surface ou dans les ventricules du cerveau, ou, en d'autres termes, une apoplexie séreuse, paraît donner lieu à des attaques épileptiformes (1re. Série, IIIe. Obs., et 5e. Série, ve. Obs.) J'avoue qu'il n'est pas facile de distinguer ces cas de ceux où les attaques dépendent d'une encéphalite; mais leur rareté fait qu'on est bien peu exposé à se tromper en les attribuant à cette dernière altération.

Une irritation vive du cerveau sans inflammation de sa substance grise, chez un individu très-sensible, peut déterminer une agitation très-violente, voisine d'un état convulsif général. On peut facilement se tromper en attribuant cette agitation à une phlegmasie de la surface encéphalique.

Enfin, j'ai rencontré quelquefois un nombre plus ou moins considérable de points des circonvolutions enflammés chez des individus qui ne m'avaient point présenté de phénomènes spasmodiques ; mais il faut remarquer que je n'avais pas pu observer ces malades avant leur entrée dans la maison de Charenton, et que pendant leur séjour dans cet établissement ils avaient pu éprouver des mouvemens convulsifs dont on ne m'avait pas rendu compte, ou dont je n'avais pas été témoin, ou, enfin, qui m'avaient échappé. Je crois aussi que, dans quelques circonstances rares, un petit nombre de points enflammés de la substance grise peut n'être accompagné que des signes ordinaires de la simple irritation du cerveau, l'agitation et le délire ; il n'en est pas moins certain pour cela que dans presque tous les cas d'encéphalite consécutive, la substance grise des hémisphères détermine des mouvemens convulsifs partiels ou généraux.

Conséquences qu'on peut tirer de ce qui précède, relativement aux fonctions des diverses parties du cerveau.

Depuis quelques années les fonctions des différentes parties du cerveau sont l'objet de l'observation et de l'étude d'un grand nombre de médecins. Les faits d'anatomie comparée, les expériences sur les animaux, et l'anatomie pathologique, sont tour-à-tour mis à contribution dans la recherche des pro-

blèmes si obscurs et si multipliés que présentent les actes intellectuels et moraux. Mais les résultats n'ont pas répondu au zèle avec lequel on les cherchait, et, malheureusement pour la science, nous n'avons encore sur les fonctions cérébrales que des opinions vagues, incertaines, et souvent contradictoires.

Les faits qui servent de base à cet ouvrage paraissent confirmer quelques-unes de ces opinions, que nous allons exposer succinctement, nous réservant d'en faire plus tard l'objet d'un mémoire particulier.

1°. M. Flourens, fondé sur des expériences sur les animaux, a placé le siége des facultés intellectuelles dans les hémisphères, et MM. Martinet et Parent, rapprochant un grand nombre d'observations particulières, ont été conduits à admettre que l'arachnitis aiguë de la convexité des hémisphères était en général accompagnée de délire, tandis que celle de la base du cerveau donnait lieu, surtout chez les enfans, à l'assoupissement et au coma. Les observations de méningite chronique paraissent venir à l'appui de ces deux opinions. En effet, nous avons vu qu'il y avait constamment du délire dans cette maladie, et que l'inflammation occupait toujours les parties des membranes cérébrales qui tapissent les hémisphères.

Mais, pour que la confirmation fût complète, il faudrait avoir des observations d'inflammation chronique partielle des méninges de la base du cer-

veau sans délire. Or, je n'ai pas rencontré un seul cas où cette affection fût bornée à la région inférieure de l'encéphale.

2°. MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, placent le siége des mouvemens volontaires dans la substance blanche du cerveau, et celui des facultés intellectuelles dans la substance grise. Ils regardent les différentes espèces d'aliénation comme l'effet d'une inflammation de cette substance. Examinons brièvement jusqu'à quel point nos observations confirment, modifient ou contredisent chacune de ces trois opinions. Quant à la première, relative à la détermination du siége des mouvemens, nous avons vu que la méningite chronique donnait toujours lieu à de l'agitation, et souvent à des mouvemens convulsifs; que, dans ce dernier cas, il y avait une encéphalite très-manifeste de la substance grise, et que dans aucune circonstance il n'y avait de lésion apparente de la substance blanche. Ces faits sont donc opposés à l'opinion des auteurs que nous venons de citer. Il est vrai qu'ils peuvent répondre que, dans la maladie que j'ai décrite, l'irritation et l'inflammation de la substance corticale se propagent à la substance médullaire pour donner lieu au trouble des mouvemens. Mais en admettant leur explication, on peut s'en servir contre eux, relativement à la détermination du siége de l'intelligence, et dire que dans ce cas, comme dans le précédent, l'irritation s'étend à la partie médullaire de l'encéphale. La première opinion est donc très-peu probable.

Il n'en est pas de même de la seconde, sur le siége des facultés intellectuelles, qui paraît, au premier abord, confirmée de la manière la plus complète par les observations de méningite chronique. En effet, dans cette maladie, la substance corticale est constamment irritée secondairement, et très-souvent enflammée de la manière la plus évidente. Cependant, en examinant la chose attentivement, on sera loin d'adopter avec confiance l'opinion de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp. Car, l'irritation ou l'inflammation de la surface du cerveau ne peut borner ses effets à la substance grise; elle doit nécessairement retentir dans la masse de cet organe et en altérer les fonctions. La phlegmasie de la substance blanche, m'objectera-t-on, n'occasione jamais de délire. Le fait est vrai; mais il faut considérer que les circonstances sont entièrement différentes. L'encéphalite de la substance blanche est toujours fort circonscrite, et bornée à un seul hémisphère; jamais elle n'occupe en même temps une couche plus ou moins épaisse de la périphérie du cerveau. D'un autre côté, lorsque l'inflammation de la substance grise est peu étendue, elle n'occasione point de délire. On n'a jamais remarqué non plus de dérangement de l'intelligence, à la suite de ces plaies violentes de tête dans lesquelles une couche de substance grise avait été enlevée. Toutes ces considérations, auxquelles je pourrais en joindre d'autres, me portent à conclure qu'il n'est pas encore prouvé que la substance corticale soit le siége des facultés intellectuelles.

Cette conclusion me conduit naturellement à celle-ci, qu'il n'est pas prouvé que la folie soit l'effet de l'inflammation de la substance grise. Nous verrons, dans le second volume de cet ouvrage, qu'il y a des espèces d'aliénation, dans lesquelles il n'y a aucune altération des méninges, ni de la surface du cerveau; et, pour ces espèces, nul doute que la phlegmasie de la substance grise n'entre pour rien dans leur production, puisqu'elle n'existe pas. Quant aux autres espèces, l'opinion de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, ne me paraît pas plus admissible, en la prenant à la rigueur. En effet, ils regardent l'affection de la substance grise comme primitive et indépendante de la lésion des méninges. Or, parmi plus de quatre cents ouvertures de cadavres d'aliénés ou d'aliénées, je n'ai pas trouvé un seul cas où l'altération de la substance grise existât sans lésion des membranes encéphaliques.

L'espèce d'aliénation mentale que j'ai décrite dans ce volume, est l'effet de l'irritation ou de l'inflammation de la substance grise, qui dérange immédiatement les fonctions du cerveau. Cette irritation et cette inflammation sont, à leur tour, le résultat direct d'une inflammation chronique des méninges, laquelle commence par leur face interne ou cérébrale.

Article Troisième.

MALADIES QU'ON PEUT CONFONDRE AVEC LA MÉNINGITE CHRONIQUE, ET SIGNES QUI L'EN DISTINGUENT,

OU

Diagnostic différentiel de cette maladie.

L'inflammation chronique des méninges donne lieu à un appareil si varié de symptômes, qu'elle offre des points de ressemblance avec la plupart des maladies cérébrales. Celles avec lesquelles on pourrait plus facilement la confondre, sont : 1°. les autres espèces de maladies mentales; 2°. la congestion cérébrale ; 3°. l'arachnitis aiguë ; 4°. les convulsions ; 5°. l'hydrocéphale chronique ; 6°. l'épilepsie ; 7°. le ramollissement du cerveau ; 8°. le cancer de cet organe ; 9°. l'apoplexie ; 10°. le delirium tremens. Indiquons succinctement les caractères distinctifs de ces différentes affections.

Les *maladies mentales*, autres que l'espèce que nous décrivons, ne sont jamais occasionées par des attaques de congestion cérébrale ; elles ne présentent ni paralysie générale et incomplète, ni idées ambitieuses dominantes. De plus, la *mélancolie* et la *monomanie* diffèrent de la première période de la méningite chronique, en ce que le délire qui les caractérise est fixe, partiel, ordinairement assez cohérent avec un état d'intégrité des facultés sur tout autre sujet. Ces espèces peuvent être suivies de la manie ; mais

elles n'en sont pas le premier degré. Elles peuvent plutôt, dans ce cas, en être considérées comme la cause. La *manie* débute tout-à-coup sans être précédée d'un délire partiel. La *démence* offre quelquefois des signes de paralysie incomplète ; mais on la distingue de la troisième période de la méningite chronique par l'absence des autres caractères indiqués plus haut. L'*idiotisme* étant, comme l'a fort bien établi M. Esquirol, un défaut inné de développement de l'intelligence, ce seul trait suffirait pour qu'on ne pût pas le confondre avec la stupidité, suite de la maladie que je décris. Pour donner une idée exacte des rapports de fréquence des différentes espèces d'aliénation, je place ici un tableau des malades aliénés entrés à Charenton pendant l'espace de huit ans et demi, c'est-à-dire depuis le 1er. janvier 1815, jusqu'au 1er. juillet 1823.

TABLEAU *de la fréquence comparative des différentes espèces de maladies mentales.*

HOMMES.	
Mélancolie et monomanie.	231
Manie.	344
Démence	46
Idiotisme.	37
Aliénation ambitieuse avec paralysie incomplète. . .	189
Total.	847 (1)

(1) Je n'ai pas cru devoir faire entrer dans ce tableau les épileptiques non aliénés, les individus atteints d'un délire fébrile, etc.

FEMMES.

Mélancolie et monomanie.	243
Manie.	279
Démence	40
Idiotisme	19
Aliénation ambitieuse avec paralysie incomplète. . .	25
Total.	606

Il résulte de ce tableau, formé sur un total de 1453 malades, que chez les hommes la proportion de l'aliénation mentale avec paralysie incomplète est d'un peu plus d'un cinquième, comparée aux autres espèces de maladies mentales, et seulement d'un vingt-huitième chez les femmes.

La *congestion cérébrale* donne lieu à une paralysie générale et incomplète, qui dure pendant plus ou moins long-temps; mais elle n'est jamais accompagnée de délire, ni d'idées ambitieuses.

L'*arachnitis aiguë*, au contraire, présente toujours ce dernier symptôme, mais sans aucune trace d'idées dominantes de richesse et de grandeur. Elle est précédée et accompagnée d'une céphalalgie et d'une fièvre plus ou moins violentes. Sa marche est toujours très-prompte. Dans sa dernière période, caractérisée par un état de collapsus, il y a des signes de paralysie incomplète; mais les phénomènes qui ont précédé ne permettent point de confondre cette période avec les derniers momens de la troisième période de la méningite chronique.

Les *convulsions*, quelle que soit la forme qu'elles revêtent, ne peuvent pas facilement en imposer pour cette dernière affection, parce qu'elles ne présentent ni délire, ni paralysie incomplète.

L'*hydrocéphale chronique* est, comme nous le verrons plus tard, l'effet d'une arachnitis latente de l'arachnoïde ventriculaire ou cérébrale, laquelle donne lieu à l'épanchement progressif d'une quantité très-considérable de sérosité dans les ventricules, ou entre les deux feuillets de la membrane séreuse du cerveau. Une paralysie incomplète et générale, et un affaiblissement graduel des facultés, peuvent la faire confondre avec la méningite chronique. Elle en diffère par l'absence de délire, d'idées ambitieuses, d'agitation, par une durée plus longue, etc.

L'*épilepsie essentielle* a la ressemblance la plus frappante avec celle qui survient quelquefois dans le cours de l'inflammation chronique des méninges, et que nous avons regardée comme un des effets de cette maladie compliquée d'une encéphalite consécutive très-étendue de la substance grise. Elle se distingue de cette espèce d'épilepsie symptomatique, en ce que les attaques sont en général plus courtes, suivies chaque fois et immédiatement d'un rétablissement plus ou moins complet, sans symptômes de délire, d'agitation, ni de paralysie. Dans quelques cas il survient, après les attaques d'épilepsie, des accès très-intenses de manie, mais il n'y a jamais ni idées ambitieuses, ni paralysie.

Le ramollissement du cerveau, maladie qui n'est

bien connue que depuis les recherches de MM. Lallemand et Rostan, donne lieu à des tremblemens, des convulsions, des contractures, des extensions tétaniques, et à la paralysie. Mais tous ces symptômes sont locaux et n'occupent qu'un des côtés du corps. Il y a aussi une diminution de l'intelligence et des attaques épileptiformes, lorsque la maladie est compliquée avec une arachnitis; mais la durée de cette affection est beaucoup plus courte que celle de la méningite chronique; d'ailleurs, point de délire ni d'idées dominantes.

Le *cancer du cerveau* débute ordinairement par des douleurs de tête lancinantes, qui reviennent par accès de plus en plus rapprochés. Il survient plus tard une hémiplégie plus ou moins complète, des attaques convulsives ou épileptiques, un affaiblissement des facultés, quelquefois des accès de manie. La peau est jaune-paille.

Dans l'*apoplexie*, la paralysie est bornée à un seul côté du corps. D'ailleurs, point de délire.

Le *delirium tremens* se rapproche de la méningite chronique, en ce qu'il est accompagné d'un délire ordinairement fixe et de tremblemens. Il en diffère par sa cause, qui consiste toujours en excès de boissons, par sa durée ordinairement assez courte, par l'absence de paralysie incomplète et d'idées de richesse, et par son traitement, qui est uniquement fondé sur l'emploi de l'opium.

Article Quatrième.

SIGNES PRONOSTIQUES DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

L'inflammation chronique des méninges est une des plus funestes maladies dont l'homme puisse être atteint, puisqu'en même temps qu'elle le prive de la plus noble et la plus précieuse de ses prérogatives, la raison, elle le conduit presque toujours au tombeau après un certain espace de temps. Nous avons vu, en effet, dans l'article des terminaisons, que sur cent cinquante-neuf malades, cent cinquante avaient succombé, et neuf seulement étaient sortis de Charenton, parmi lesquels cinq étaient guéris, et quatre étaient dans un état beaucoup plus satisfaisant, mais qui faisait craindre de voir la maladie se renouveler. On voit par là que les chances de guérison sont à celles de mort à-peu-près eomme un est à trente.

Mais le danger qui résulte de cette maladie varie suivant la période à laquelle elle est parvenue. Il est bien moindre dans les deux premières que dans la dernière, laquelle ne laisse plus en général aucun espoir de rétablissement ou même d'amélioration.

Un symptôme, qui peut être considéré comme la mesure du degré de gravité de la maladie, e'est la paralysie incomplète. Lorsqu'on la voit diminuer, l'inflammation s'améliore; elle s'aggrave, au contraire, lorsque l'affaiblissement des mouvemens volontaires fait des progrès. Dans la première et la seconde période,

où la paralysie ne se fait encore remarquer que d'une manière légère dans les mouvemens de la langue et des membres inférieurs, et où elle dépend principalement d'une congestion sanguine de la pie-mère, on voit quelquefois ce symptôme diminuer et donner un espoir qui malheureusement se réalise bien rarement. Mais dans la dernière période, où la paralysie tient à des épanchemens séreux, on la voit constamment faire des progrès graduels jusqu'à la mort.

Il en est du dérangement des facultés comme de la diminution des mouvemens volontaires. L'affaiblissement général ou l'oblitération des idées de la troisième période sont beaucoup plus graves que la monomanie et la manie de la première et de la seconde, par la raison que celles-ci sont l'effet de l'irritation inflammatoire du cerveau, tandis que celles-là sont le résultat de sa compression par la sérosité.

Les mouvemens convulsifs, quelle que soit leur forme, les escarres gangréneuses, le dévoiement, etc., sont des signes très-fâcheux, et ne surviennent que dans la période où la maladie est incurable et la mort prochaine.

Plus il survient souvent des attaques apoplectiques ou épileptiformes, plus la maladie marche rapidement vers sa terminaison, *et vice versâ*. L'agitation violente, spasmodique et continue, est ordinairement suivie d'une mort prompte. Au contraire, un état habituel de repos, avec affaiblissement con-

sidérable des facultés, mais sans paralysie des sphincters ni escarres gangréneuses, peut durer plusieurs années.

CHAPITRE CINQUIÈME.

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

Jusqu'aujourd'hui le traitement de la méningite chronique n'a obtenu aucun résultat avantageux. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler l'effrayante proportion des morts aux guérisons, qui est, ainsi que nous venons de le voir, comme trente est à un.

Attaché en qualité d'élève interne à la Maison de Charenton, je ne pouvais être que le simple témoin du traitement que les médecins de cet établissement employaient dans les maladies mentales. Je vais donc faire connaître celui dont feu M. Royer-Collard faisait usage dans l'aliénation avec paralysie incomplète.

Assez souvent il n'ordonnait aucun médicament, et se contentait de prescrire une boisson délayante, lorsqu'il jugeait que la maladie était trop avancée pour être susceptible de guérison. Lorsque les malades se plaignaient de maux de tête, il faisait appliquer avec succès des sangsues au cou ou à l'anus.

S'il survenait des attaques apoplectiques, il les combattait par des saignées, des lavemens purgatifs et des sinapismes.

Dans les premiers temps, il faisait fréquemment usage, surtout lorsqu'il y avait de l'exaltation et de l'agitation, de potions antispasmodiques et anodines, d'émulsions auxquelles il faisait ajouter huit, dix ou même quinze grains d'extrait de jusquiame ; mais lorsque l'agitation était violente et que les malades refusaient toute espèce de médicamens, il se bornait aux soins hygiéniques. Dans les derniers temps, il remplaçait les antispasmodiques par une tisane d'orge ou d'arnica, dans laquelle on faisait dissoudre une à deux onces d'acétate d'ammoniaque; par des potions camphrées, etc. Il employait quelquefois avec succès des vésicatoires, des sétons et des moxas à la nuque. J'ai vu des effets réellement très-avantageux de ce dernier moyen.

Il voulut essayer jusqu'à quel point l'émétique à haute dose, employé d'après la méthode rasorienne, pourrait être avantageux ; mais il fut obligé de le suspendre, parce qu'il aggravait l'état de certains malades, et qu'il ne faisait aucun bien aux autres. J'en ai vu cependant un (1re. Série, xe. Obs.) chez lequel le tartre stibié parut la principale cause de la guérison momentanée qui survint.

Pendant la cruelle et longue maladie qui enleva à l'humanité et à la science qu'il honorait par ses talens et son caractère M. le professeur Royer-Collard, son suppléant à la Maison de Charenton,

M. le docteur Bleynie, médecin très-habile à saisir les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir, voulut répéter les essais de M. Royer-Collard sur l'émétique employé à haute dose; mais il fut également obligé d'y renoncer, parce qu'il n'en obtenait aucun résultat avantageux.

Comme les moyens employés jusqu'ici contre la maladie que j'ai décrite n'en ont point diminué l'effrayante mortalité, qu'il me soit permis de proposer un traitement qui me paraît à-la-fois plus conforme à sa nature et plus approprié aux lésions organiques qui lui donnent naissance, mais qui, pour obtenir une entière confiance, aura besoin d'être mis en usage pendant un certain temps, dans une maison d'aliénés. Je divise ce traitement en préservatif et curatif.

§. I. *Traitement Préservatif.*

La méningite chronique reconnait pour cause prochaine une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère; le traitement préservatif de cette maladie consiste donc à éloigner les causes de congestion, et à la faire cesser lorsqu'elle existe.

Ainsi, on conseillera aux individus qui seront menacés de cette espèce de folie, surtout à ceux chez lesquels il existera une prédisposition héréditaire, de s'abstenir de boissons alcooliques, dont l'abus occasione si facilement un transport du sang vers la tête; d'entretenir leurs excrétions alvines par

des lavemens ou même des laxatifs, de se faire appliquer des sangsues, s'ils étaient sujets à des hémorrhoïdes qui ne soient pas revenues à l'époque accoutumée; de mener autant que possible un genre de vie paisible et tranquille, et d'éviter soigneusement toutes les causes qui sont de nature à faire naître de cuisans chagrins.

Lorsque la congestion sanguine existe, il n'y a qu'un seul moyen de la faire cesser, ce sont les émissions sanguines locales ou générales. Leur effet est des plus efficaces dans ce cas, et souvent presque instantané. Mais il ne faut pas se contenter d'une simple amélioration survenue dans l'état du malade; il faut répéter la saignée tant qu'il reste des symptômes un peu marqués de paralysie, et en soutenir l'effet par l'emploi des purgatifs et des sinapismes appliqués sur les pieds.

§. II. *Traitement Curatif.*

La considération des différentes formes que prennent les symptômes de la méningite chronique pendant leur durée, nous a fait diviser cette maladie en trois périodes; mais, envisagée sous le rapport de sa nature intime, de ses indications thérapeutiques et de son traitement, elle n'a réellement que deux époques. La première, qui comprend les périodes de monomanie et de manie, est celle pendant laquelle la pie-mère est le siége d'une congestion sanguine plus ou moins forte, et où il existe un

travail inflammatoire entre la face interne des méninges qui tapissent les hémisphères d'une part (1), et la face correspondante des circonvolutions de l'autre part; la seconde époque, qui embrasse la période de démence, est celle dans laquelle il y a congestion de la pie-mère, plus infiltration séreuse œdémateuse de ce réseau cellulo-vasculaire, épanchement de sérosité dans les ventricules et entre les deux feuillets de l'arachnoïde. On voit par-là que dans l'une il y a 1°. compression légère du cerveau par la congestion sanguine, peut-être aussi par un peu de sérosité; 2°. irritation générale du même organe, et souvent même inflammation consécutive d'un nombre plus ou moins considérable de points de sa surface, par suite de l'état inflammatoire de la face interne des méninges, et que dans l'autre l'encéphale est uniquement sous l'empire de la compression sanguine, mais surtout séreuse. De là, deux sortes de traitement.

1°. *Traitement des deux premières périodes.*

Faire cesser la congestion de la pie-mère et l'inflammation des méninges, ainsi que celle de la surface du cerveau, lorsqu'elle existe, telle est l'indication générale qui se présente; c'est dire assez que le traitement antiphlogistique est celui qu'il convient d'employer; mais avant d'exposer celui qui

(1) L'arachnoïde ventriculaire est également enflammée.

nous paraît le plus convenable, disons un mot des moyens hygiéniques propres à le seconder efficacement et dont on fait usage à Charenton.

On aura soin de ne pas laisser les malades exposés aux rayons du soleil pendant les grandes chaleurs; car nulle cause ne serait plus propre à augmenter la congestion cérébrale dont ils sont atteints.

Leur régime mérite surtout d'attirer l'attention. Nous avons vu qu'un des effets de l'inflammation chronique des méninges sur l'appareil digestif est un appétit continuel ou même une insatiable voracité. De là résultent, dans les premiers temps, un état de pléthore, un embonpoint remarquable qui peut aller jusqu'à l'obésité, et dans la dernière période, une véritable phlegmasie chronique de la muqueuse gastro-intestinale. On sent combien ces deux genres de causes peuvent aggraver la maladie, et dès-lors combien il importe de prescrire un régime sévère. On doit donc commencer par proscrire le vin, les liqueurs, le café, et ordonner une boisson rafraîchissante, si les malades sont altérés. Sourd à leurs demandes continuelles et à leurs clameurs, on ne leur permettra de manger que la quantité d'alimens qui leur était nécessaire avant l'invasion de l'aliénation : on la diminuera même plutôt que de l'augmenter. Ces alimens seront légers, de facile digestion, et choisis principalement dans le règne végétal.

On aura soin d'entretenir la liberté du ventre par des lavemens ou des laxatifs.

Le traitement moral est d'ailleurs le même que celui qui convient aux autres espèces d'aliénation mentale. Il consiste d'abord dans l'isolement des malades d'avec leurs parens, et dans leur réclusion dans un établissement destiné à recevoir les aliénés. Lorsqu'ils ne sont pas exaltés ou agités au point de pouvoir être nuisibles aux autres ou à eux-mêmes, on les laisse épuiser librement leur mobilité par la loquacité, les chants, les cris, la marche, etc., dans les cours et les corridors. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'ils frappent les personnes qui les environnent, qu'ils brisent et cassent les objets qui leur tombent sous la main, qu'ils déchirent leurs vêtemens, on les dépouille de leurs habits, qu'on remplace par une camisole ou gilet de force dont les manches servent à leur attacher les mains autour du corps. Lorsqu'ils sont sales, qu'ils marchent dans les ordures, on ne leur laisse que leur chemise, et on leur fait porter, au lieu de leurs vêtemens, une espèce de grande tunique de toile, à longues manches, appelée *blouse*. Enfin, quand ils sont dans un état d'agitation violente et furieuse, on les attache, à l'aide de larges bandes, sur un grand fauteuil bien rembourré, fixé lui-même au mur d'une manière très-solide. Si les mouvemens continuels auxquels ils se livrent dans ce cas les exposent à se blesser, on les renferme dans une sorte de boîte, faite en osier, un peu plus longue que le corps, ayant deux ouvertures sur les parties latérales pour attacher les bras, et munie d'un couvercle

dont une des extrémités est fortement échancrée pour laisser passer la tête.

Tous ces moyens placent les malades dans des conditions plus favorables à la guérison, mais n'ont aucune action directe sur la méningite chronique. Aussitôt qu'un individu entre dans une maison d'aliénés, il faut donc en venir au traitement de celle-ci, qui, étant occasionée et entretenue, comme nous l'avons vu, par une congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère, réclame de suite l'emploi des émissions sanguines, secondées, suivant le besoin, par les irritans appliqués aux extrémités, les purgatifs, les réfrigérans sur la tête, etc.

Quoique toute espèce d'émission sanguine soit éminemment utile, il ne me paraît pas indifférent de faire usage de telle ou de telle espèce. Ainsi, la saignée générale est préférable à la saignée locale, excepté dans le cas où il existe des indications spéciales, comme lorsque les malades sont sujets à un flux hémorrhoïdal qui s'est supprimé, lorsque la maladie a succédé à une aménorrhée, etc. Il convient alors d'appliquer des sangsues à l'anus et aux parties génitales. Je pense aussi, mais d'après un petit nombre de faits, que la saignée du pied, surtout celle de la jugulaire, conviennent mieux que celle du bras. La première produit une révulsion plus énergique; la seconde est suivie d'une déplétion plus directe, plus complète et plus prompte, du système vasculaire cérébral.

Mais il ne faut point se laisser arrêter par une ti-

midité déplacée dans l'emploi de la saignée, en se bornant à une seule. Il faut au contraire la répéter, tant qu'il ne survient aucune amélioration dans les symptômes, tant que l'exaltation, l'agitation, le délire, et la paralysie de la langue persistent au même degré; car leur persévérance est une preuve certaine que l'irritation et la congestion qui ont lieu à la surface extérieure des hémisphères, n'ont point diminué.

Si, après l'usage d'une ou de plusieurs saignées, l'agitation cesse, le délire diminue, et que la paralysie incomplète, au lieu de s'amender, fasse des progrès, il faut suspendre complètement les évacuations sanguines. En effet, ces changemens survenus dans les symptômes indiquent que la pie-mère s'infiltre de sérosité, et qu'une certaine quantité du même liquide s'épanche dans les ventricules et entre les deux feuillets de l'arachnoïde, et l'on sait qu'en général la saignée augmente la diathèse séreuse.

Lorsqu'il n'existe aucune contre-indication, c'est-à-dire, lorsque les fonctions digestives sont dans un état d'intégrité parfaite, il convient d'aider l'action de la saignée par des purgatifs plus ou moins énergiques, suivant les circonstances. On peut employer seulement les laxatifs ou les minoratifs, si l'état du malade n'est pas grave, ou qu'on craigne de développer une inflammation intestinale. Mais si les symptômes de méningite sont très-intenses, et qu'il n'y ait aucune complication, les drastiques produi-

ront une dérivation beaucoup plus efficace que les deux autres espèces de purgatifs. Les lavemens de la même espèce pourront être aussi d'une grande utilité. On emploiera en même temps, suivant les besoins, des pédiluves sinapisés, mais surtout des sinapismes appliqués sur le coude-pied ou sur les genoux.

Lorsqu'il y a beaucoup d'agitation, que la tête est chaude, la face rouge et animée, on pourra seconder les émissions sanguines par des fomentations froides sur la tête, ou des applications de glace sur la même partie, en ayant soin toutefois d'entretenir une irritation aux extrémités. Les douches et les bains chauds, avec des affusions froides, dirigées sur le sinciput, pourront aussi être utiles dans le traitement de cette première période de la méningite chronique. Mais, nous le répétons, ce n'est que dans l'emploi des émissions sanguines, administrées sagement, d'une manière ni trop timide ni trop hardie, que nous plaçons l'espoir de diminuer l'effrayante mortalité de cette maladie, et, en considérant l'utilité constante de la saignée dans la congestion cérébrale, nous osons nous flatter que cet espoir ne sera point trompé. Nous ne sommes même nullement arrêté dans notre opinion par l'opinion contraire d'une grande autorité dans cette matière, celle du célèbre Pinel, qui proscrit d'une manière absolue l'emploi de la saignée dans les maladies mentales. Cet illustre auteur, avouant lui-même qu'il ignorait entièrement la nature de l'aliénation,

regardant comme inutile, ou même dangereuse, toute recherche entreprise dans l'intention d'éclairer cette question, n'a nullement cherché à trouver une méthode rationnelle de traitement; les non-succès ou les graves inconvéniens qui résultaient souvent de la saignée, à l'époque où on la pratiquait à l'Hôtel-Dieu sur tous les aliénés qu'on y conduisait, lui en a fait interdire l'usage. Mais il ne faut point juger d'une chose par l'abus qu'on en fait. On sait, en effet, que la méthode usitée dans l'hôpital dont nous venons de parler, consistait à saigner jusqu'à défaillance tous les fous indistinctement. Or, nous verrons qu'il y a des espèces d'aliénation dans lesquelles les émissions sanguines sont nuisibles, et que dans d'autres, comme celles que nous décrivons, elles sont fort utiles dans la première période, et assez souvent dangereuses dans la dernière. Ces réflexions seraient bien plus importantes encore, s'il était vrai, comme on l'a prétendu, que, malgré tous les inconvéniens que nous avons signalés, on guérissait plus de malades à l'Hôtel-Dieu que dans nos établissemens actuels où règne la proscription de M. Pinel.

2°. *Traitement de la troisième période.*

On se rappelle que, dans cette période, le cerveau est à-la-fois comprimé par le sang qui remplit les vaisseaux de la pie-mère, et par la sérosité infiltrée dans ses cellules, et épanchée dans les ven-

tricules latéraux et moyen, et entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

Ces altérations sont en général si avancées, qu'il nous paraît difficile que le traitement le plus rationnel et le plus méthodique puisse être suivi d'une guérison solide, ou même d'une amélioration très-marquée dans les symptômes. Au premier abord, cette période présente les mêmes indications que celle que nous venons d'examiner. Il n'en est rien cependant : on sait, en effet, que les épanchemens séreux augmentent ordinairement après l'emploi des émissions sanguines. Ce fait est confirmé par le petit nombre de cas où j'ai vu faire usage des saignées dans le dernier stade de l'inflammation chronique des méninges. Cependant je ne crois point qu'on doive les proscrire. Comme il existe toujours une congestion sanguine, je pense qu'une saignée peu abondante et *explorative*, qu'une application d'un certain nombre de sangsues au cou ou à l'anus ne peuvent jamais être nuisibles, et qu'elles peuvent être de la plus grande utilité en montrant dans quel sens il faut agir.

Mais le précepte de la saignée devient général, comme dans la première époque, lorsque les malades ont des attaques apoplectiques ou épileptiques, et qu'ils perdent tout-à-coup le sentiment et le mouvement d'une manière plus ou moins complète. Un seul cas en contr'indiquerait l'usage, s'il n'était pas très-rare, et s'il y avait des signes propres à le faire distinguer, c'est celui où les attaques dont

nous venons de parler dépendent d'une exhalation séreuse au lieu de tenir à un raptus du sang dans la pie-mère. L'augmentation des symptômes, après la saignée, est le seul caractère qui puisse faire reconnaître cette circonstance.

Des moyens que je regarde comme constamment utiles dans cette période, ce sont les révulsifs extérieurs et les exutoires. Je place dans cette classe les moxa, les vésicatoires, et les sétons appliqués à la nuque.

Les moxa, dont M. Royer-Collard faisait assez souvent usage, m'ont paru les plus efficaces de ces moyens. Je conseillerais d'en appliquer plusieurs à-la-fois, et de ne pas attendre leur cicatrisation pour en mettre de nouveaux. Je crois aussi que l'excitation cérébrale, et la dérivation qu'on veut produire, seraient bien plus énergiques, et, par conséquent, plus utiles, si l'on employait en même temps ces trois exutoires chez le même malade.

Les purgatifs seraient peut-être plus utiles encore dans cette période que dans les deux premières, si l'inflammation gastro-intestinale chronique, qui existe si souvent, n'en contr'indiquait l'emploi. Mais lorsque, après l'examen le plus attentif, on n'a observé aucun signe de cette complication, on doit recourir le plus promptement possible aux minoratifs et aux drastiques administrés à haute dose, car on sait que c'est le propre des affections cérébrales, de diminuer l'impressionnabilité générale des organes, s'il est permis de se servir de cette expression.

La gastrite, ou la gastro-entérite chronique, exigent l'emploi d'alimens liquides, doux et légers, pris en petites quantités, de boissons gommeuses et mucilagineuses, de lavemens émolliens, de sangsues appliquées à l'épigastre ou à l'anus, etc.

Les autres complications réclament un traitement qui varie suivant leur espèce. Il serait déplacé d'en parler ici.

On tenterait peut-être avec avantage les frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation, ainsi que les médicamens diurétiques.

Le traitement hygiénique est d'ailleurs le même que dans les premières périodes. Comme les malades sont presque toujours tranquilles, ils se promènent librement dans les cours et les corridors; mais ils sont si sales qu'on est obligé de leur faire porter habituellement la blouse.

Au second degré de la troisième période, ils ne peuvent marcher, et quelquefois même se soutenir sur leurs jambes. Ils restent alors assis sur un large fauteuil, en forme de chaise percée, sous lequel on place un bassin pour recevoir leurs urines et leurs déjections alvines, qui coulent sans cesse. On les attache ordinairement aux bras et aux montans du fauteuil pour les empêcher de tomber.

Enfin, lorsqu'ils sont parvenus à l'état de stupidité avec paralysie générale, on les laisse dans leur lit jusqu'à la mort, qui ne se fait pas long-temps attendre.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

DEUXIÈME SÉRIE.

Observations de Méningite Chronique avec épanchement séreux abondant, et paralysie incomplète très-considérable.

TROISIÈME SÉRIE.

Observations de Méningite Chronique compliquée avec une encéphalite consécutive de la substance grise des hémisphères et des symptômes spasmodiques.

QUATRIÈME SÉRIE.

Observations de Méningite Chronique avec fausses membranes entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

CINQUIÈME SÉRIE.

Observations de Méningite Chronique compliquée avec différentes affections cérébrales.

SIXIÈME SÉRIE.

Observations de Méningite Chronique, suivie de guérison ou d'amélioration dans les symptômes.

SEPTIÈME SÉRIE.

Observations d'aliénation mentale, qui se rapportent à la Méningite Chronique, extraites de divers auteurs.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

ARTICLE PREMIER.

Première Section.

CHAPITRE TROISIÈME.

CHAPITRE QUATRIÈME.

ARTICLE SECOND.

ARTICLE TROISIÈME.

ARTICLE QUATRIÈME.

CHAPITRE CINQUIÈME.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de GUEFFIER, rue Guénégaud, n°. 31.

